



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Rita Margarida Machado da Silva Carlos

**Perceção de Stress Parental em famílias
de crianças com PHDA antes e após
introdução de Medicação Psicoestimulante**

outubro de 2013



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Rita Margarida Machado da Silva Carlos

**Perceção de Stress Parental em famílias
de crianças com PHDA antes e após
introdução de Medicação Psicoestimulante**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Educação Especial
Área de Especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação da

Doutora Ana Maria Serrano

e da

Doutora Ângela Felgueiras Pontes

outubro de 2013

Declaração

Rita Margarida Machado da Silva Carlos

Endereço eletrónico: ritamcarlos@hotmail.com Telefone: 966 060 472

Número do Bilhete de Identidade: 10390683 5ZZO

Perceção de Stress Parental em famílias de crianças com PHDA antes e após introdução de Medicação Psicoestimulante

Orientada por

Doutora Ana Maria Serrano

Doutora Ângela Felgueiras Pontes

2013

Dissertação de Mestrado em Educação Especial - Área de Especialização em Intervenção Precoce do Instituto de Educação da Universidade do Minho

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de um grande investimento pessoal, mas a sua realização só foi possível graças à ajuda e ao incentivo constante de um conjunto de pessoas que fazem parte da minha vida e que em cada dia, sempre que as minhas forças me começavam a abandonar, me fizeram continuar a acreditar que não estamos sozinhos.

Financeiramente, o meu agradecimento vai para a Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda., pela aposta neste projeto.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

Perceção de Stress Parental em famílias de crianças com PHDA antes e após introdução de Medicação Psicoestimulante

Resumo

As crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), pelas suas características de hiperatividade, défice de atenção e impulsividade, manifestam constantemente comportamentos irrefletidos, não planeados, que sendo causadores de stress, interferem fortemente nas interações familiares, nas rotinas da família e no bem-estar comum.

Poucos estudos se têm debruçado sobre o impacto desta problemática na família sendo precisamente esse o objetivo deste estudo.

Foi utilizada uma amostra de conveniência, recolhida através do método de amostragem não probabilístico e constituída por pais de crianças com diagnóstico de PHDA, da consulta de PHDA da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), que aceitaram fazer parte desta investigação.

Foi realizado um estudo exploratório e utilizada uma metodologia qualitativa de estudo de caso, uma vez que se pretende compreender e descrever as dimensões de stress parental presentes nas famílias de crianças com PHDA e a perceção do impacto da introdução de terapêutica farmacológica, através da análise de conteúdo dos dados recolhidos em grupos de discussão focalizada.

Os principais resultados indicam que estas famílias apresentam um vasto conjunto de fatores de stress que interferem significativamente com as rotinas e com a dinâmica familiar. Constatou-se também que após a introdução de medicação, estas famílias referem existência de mudanças positivas significativas na criança, com impacto, quer na família quer na escola. Estes resultados levam a concluir que existe uma necessidade urgente de intervir precocemente com estas famílias, a fim de reduzir os fatores de stress e o impacto negativo dos mesmos, ao nível das interações pais-filhos, do seu bem-estar e da perceção de competência parental. Para concluir parece pertinente clarificar que não existem crianças com PHDA e sim, famílias com PHDA.

Perception of Parental Stress in families of children with ADHD before and after the introduction of Psychostimulant Medication

Abstract

Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), for its characteristics of hyperactivity, attention deficit and impulsivity, indicate constantly thoughtless behaviors, unplanned, which are causing stress, strongly interfere in family interactions and routines and the common welfare.

Few studies have been focusing on the impact of this problem in the family therefor it is precisely the aim of this study.

It was used a convenience sample, collected through the non-probabilistic sampling method that resides on parents of children diagnosed with ADHD, through ADHD consult evaluation in the Unidade Local de Saúde Alto Minho (ULSAM), who agreed to take part in this research .

It was conducted an exploratory study and used a case study qualitative methodology, in a way to understand and describe the dimensions of parental stress included in families of children with ADHD and the impact perception of the drug therapy introduction, through data content analysis collected through focus group.

The main results indicate that these families have a wide range of stress factors which interfere significantly with the family routines and their dynamics. It was also found that after the medication introduction, these families referred significant positive changes in the child with impact, both at school as in the family. These results lead to the conclusion that there is an urgent need to intervene early with these families in order to reduce stress factors and the negative impact of them, not only at parent-child interactions level, but also in their well-being and their parental competence perceptions. To conclude it seems pertinent to clarify that there are not children with ADHD but families with ADHD.

Índice

Introdução	11
I. Enquadramento Teórico	13
1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)	13
1.1. Conceptualização	13
1.2. Diagnóstico	15
1.3. Prevalência	23
1.4. Etiologia	24
1.5. Intervenção	28
2. Stress	39
2.1. Conceptualização	39
2.2. Efeitos do stress	40
2.3. Stress parental	42
2.3.1. Stress parental e PHDA	45
2.3.2. Stress parental e apoio social	49
II. Metodologias	53
1. Desenho do estudo	53
1.1. Breve descrição e objetivos do estudo	53
1.2. Tipo de estudo e questões de investigação	53
1.3. Participantes	55
1.4. Instrumentos de recolha de dados	56
1.5. Procedimentos	58
2. Análise de dados	61
3. Apresentação dos Resultados	63
4. Discussão dos Resultados	95
Conclusões	105
Referências Bibliográficas	111

Índice de quadros

Quadro 1: Guião de perguntas para os grupos de discussão focalizada	60
Quadro 2: Sistema de categorias e subcategorias e respetivas definições	62
Quadro 3: Identificação dos participantes e dos seus filhos com PHDA	63
Quadro 4: Níveis de stress parental percecionado, antes e depois da medicação	93

Lista de siglas ou abreviaturas

NE – Necessidades Especiais

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

MTF – Metilfenidato

DSM – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais

DSM II – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (2ª edição)

DSM IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª edição, Tradução Revista)

APA – American Psychiatric Association

CID-9 – Classificação Internacional de Doença (9ª edição)

CID-10 – Classificação Internacional de Doença (10ª edição)

OMS – Organização Mundial de Saúde

NIMH – National Institute of Mental Health

IP – Intervenção Precoce

NEE – Necessidades Educativas Especiais

WHO – World Health Organization

SP – Stress Parental

PSI – Índice de Stress Parental

DGS – Direção Geral de Saúde

QSD – Questionário Sociodemográfico

Introdução

Sendo as famílias o contexto social mais importante para os indivíduos e os padrões de interação ocorridos nesses contextos cruciais para o desenvolvimento e bem-estar das crianças e das próprias famílias importa compreender o que acontece quando há na família crianças com Necessidades Especiais (NE) que interferem na qualidade dessas interações.

As crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), pelas suas características de hiperatividade, défice de atenção e impulsividade, manifestam constantemente comportamentos irrefletidos, não planeados, que sendo causadores de stress, interferem fortemente nas interações familiares, nas rotinas da família e no bem-estar comum (Barkley, 2002).

Muito se tem investigado sobre a problemática, sobre as características da criança e sobre o impacto que a PHDA tem no seu desenvolvimento e aprendizagem, porém as consequências para a família são devastadoras e poucos estudos se têm debruçado sobre isso. A investigação tem demonstrado que os pais de crianças com PHDA apresentam níveis de stress superiores aos dos pais de crianças sem a problemática e que esse stress quando se torna frequente e com muita intensidade, tem impacto direto nas competências e no funcionamento parental, com implicações no desenvolvimento da criança e no bem-estar familiar (Trivette, Dunst & Hamby, 2010)

Em contrapartida, é já consensual que o apoio social percebido tem um impacto positivo na redução do stress parental, traduzindo-se num funcionamento parental mais adequado e numa maior satisfação e percepção de competência parental (Mixão, Leal & Maroco, 2010; Serrano, 2007).

Relativamente à intervenção, associado a programas de acompanhamento psicossocial, muitas crianças são submetidas a terapêutica farmacológica. Mais uma vez são inúmeros os estudos que se têm dedicado aos efeitos da medicação na criança com PHDA, mas raros os que se dedicaram a estudar esses efeitos nas suas famílias.

Este estudo pretende identificar os fatores de stress de um grupo de pais da consulta de PHDA da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) e o impacto da terapêutica farmacológica no stress parental percecionado.

Numa primeira parte será apresentada uma revisão da literatura, dividida em dois grandes capítulos. No primeiro capítulo é abordada a PHDA, desde a sua conceptualização, ao diagnóstico, prevalência, etiologia e intervenção. O segundo capítulo é dedicado ao Stress e contém o enquadramento teórico, os seus efeitos e aborda, em particular, o stress parental. Posteriormente explora-se a relação entre stress parental e PHDA e entre stress parental e apoio social.

Na segunda parte deste trabalho será apresentado o desenho desta investigação, através de uma breve descrição do que se pretendeu fazer, assim como dos objetivos do estudo, tipo de estudo e questões de investigação. Serão descritos os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos. De seguida é feita a apresentação dos dados e análise de resultados, assim como a discussão dos mesmos. Por fim são apresentadas as conclusões e algumas limitações encontradas durante a investigação.

I. Enquadramento Teórico

1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

1.1. Conceptualização

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) devido à sua elevada prevalência e às suas implicações na vida social, académica e familiar da criança, tem vindo a suscitar o interesse de várias áreas da sociedade científica (Psicologia, Medicina, Sociologia, Educação, etc.). Muitos são os estudos que tentaram compreender melhor a problemática e as suas consequências.

As exigências e a competitividade da atualidade têm vindo a implicar uma maior necessidade de sucesso académico, que não leva em consideração as capacidades individuais e que pode justificar a causa da visibilidade desta perturbação (Boavida, 2006; Cordinhã & Boavida, 2008).

As primeiras referências às perturbações de atenção surgiram no final do século XIX, quando os sujeitos que passavam permanentemente de uma ideia para outra, incapazes de se centrar, foram classificados como distraídos, pelo investigador Ribot (1889, cit. in Ramalho, García-Señorán & González, 2009).

Em inícios do século XX, o pediatra George Still, descreveu pela primeira vez um grupo de crianças cujos sintomas apresentados estão muito próximos dos que atualmente fazem parte dos critérios de diagnóstico da PHDA (Barkley, 2002; Capdevilla-Brophy, Artigas-Pallarés, Ramírez-Mallafre, López-Rosendo, Real & Obiols-Llandrich, 2005; Lopes, 2004).

Nessa época acreditava-se que a PHDA seria de origem orgânica com uma predisposição biológica ou hereditária ou derivada de uma lesão pré ou pós natal. Essa convicção veio dar origem à designação de Lesão Cerebral Mínima baseada na especulação sobre os mecanismos bioquímicos de atuação do Metilfenidato (MTF). Não existindo evidências científicas da existência dessas lesões, mas acreditando-se

que o cérebro destas crianças não teria um funcionamento adequado (funcional e estruturalmente) o termo foi dando lugar ao de Disfunção Cerebral Mínima, que designava uma perturbação no desenvolvimento cerebral da criança. (Barkley, 2002; Capdevilla-Brophy et al., 2005; Lopes, 2004; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010).

Mais uma vez, devido à duvidosa evidência científica da existência desta disfunção, este termo foi dando origem à designação de “Síndrome Hiperativa da Infância” no qual o aspeto mais importante na sua definição era a “atividade”, e que veio ajudar na desculpabilização dos pais pelos problemas dos filhos (Barkley, 1990). Quando se passou a utilizar esta designação, passou também a ser reconhecido o papel dos fatores ambientais na perturbação, bem como a existência muito frequente de diminuição do rendimento escolar, comportamentos de oposição, dificuldades de relacionamento interpessoal, impulsividade e agressividade (Lopes, 2004).

Nos anos 70, com o aparecimento dos manuais de diagnóstico e de classificação e numa tentativa de consenso relativamente à designação, surge o termo “distúrbio hipercinético da infância” no DSM-II (American Psychiatric Association [APA], 1968) e “síndrome hipercinético da infância” na CID-9 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978) reafirmando como aspeto fundamental do diagnóstico a importância dos níveis de atividade (Capdevilla-Brophy et al., 2005; Lopes, 2004; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010).

As tentativas de consenso não resultaram, uma vez que foi nesta época que começaram as divergências entre a posição americana e a europeia na caracterização desta perturbação. Enquanto que os americanos consideravam que esta perturbação de comportamento era relativamente frequente e que os níveis de atividade não tinham necessariamente que ser excessivos, os europeus, com exceção dos holandeses que defendiam a corrente americana, consideravam que esta perturbação era caracterizada por um excesso extremo de atividade (Lopes, 2004).

Estas divergências mantêm-se atualmente, fazendo com que os critérios de diagnóstico, a prevalência e o tratamento apresentem diferenças significativas e refletindo-se até mesmo na própria designação de “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) utilizada no *DSM IV – TR* (APA, 2002) e de “Perturbação Hipercinética” (Hyperkinetic Disorder) utilizada na CID-

10 (OMS, 1992). Enquanto o *DSM IV –TR* considera como principais sintomas o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, a CID-10 aceita apenas os dois primeiros (Cardo & Servera-Barceló, 2005; Lopes, 2004; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010).

Barkley (2002) considera que a denominação de PHDA pode ser redutora, uma vez que deixa de fora as alterações na noção de tempo, um aspeto muito importante e que interfere com as responsabilidades do indivíduo perante si próprio e os outros. Nos seus estudos o autor tem vindo a demonstrar que as crianças com esta perturbação têm dificuldade não só em inibir as reações aos impulsos, mas que também não sentem o passar do tempo como os outros, pelo que não conseguem organizar-se temporalmente, gerir os prazos e planear o próprio futuro.

Estas diferenças ao nível da classificação da PHDA tornam o diagnóstico, e a própria problemática, por vezes um pouco controversa, no entanto, atualmente, ainda não existem marcadores biológicos ou eletrofisiológicos com utilidade clínica para o diagnóstico da PHDA, portanto capacidades clínicas e conhecimento são essenciais para estabelecer um diagnóstico preciso, diferenciando os sintomas de PHDA do desenvolvimento normal e excluindo outras causas (Polanczyk, Casella, Miguel & Reed, 2012; Ramalho et al., 2009).

1.2.Diagnóstico

A PHDA é uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, na qual estão envolvidos vários fatores neuropsicológicos que provocam na criança alterações na atenção, impulsividade e excesso de atividade. A falta de autocontrolo tem repercussões significativas no desenvolvimento, capacidade de aprendizagem e adaptação social (Barkley, 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Idiazábal, Palencia-Taboada, Sangorrín & Espadaler-Gamissans, 2002; Krull, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d; Swanson, 2003).

A atenção é fundamental para um bom funcionamento cognitivo e está presente em qualquer atividade deste domínio, quer esta seja voluntária quer não. É através dela que é possível explorar o meio, mantendo os recursos percetivos e cognitivos

focalizados numa determinada estimulação, permitindo ao indivíduo a seleção dos estímulos mais significativos para determinada situação (Ramalho et al., 2009).

Alterações ao nível das capacidades de atenção têm como consequência diferenças significativas na quantidade e na qualidade da informação processada e inúmeros estudos têm recolhido evidências que apoiam a hipótese de alterações no processamento cognitivo e nos mecanismos de atenção em crianças com PHDA, subtipo predominantemente desatento (Idiazábal et al., 2002; Ramalho et al., 2009).

A investigação tem vindo a demonstrar que os sujeitos com PHDA apresentam alterações ao nível da atenção seletiva, nomeadamente nas capacidades de reconhecimento, identificação e seleção de informação, tendo dificuldade em discriminar estímulos significantes dos insignificantes (devido à sua impulsividade), dificuldade em captar pormenores e baixa tolerância à frustração (García-Orqueta, 2001; Ramalho et al., 2009).

As crianças com PHDA apresentam frequentemente dificuldade em manter a sua atenção, perdem o interesse pelas tarefas mais rapidamente do que as crianças sem PHDA e dão preferência aos aspetos mais atrativos e recompensadores das atividades (Barkley, 2002). São crianças que perante tarefas monótonas ou prolongadas, têm tendência a desistir com facilidade ou a alternar com a realização de outras. Apesar de revelarem uma maior curiosidade por jogos e atividades lúdicas, aborrecem-se mais facilmente, saltitando de atividade em atividade, se tal lhes for permitido. Ao nível do jogo com pares têm tendência para alterar as regras, têm dificuldades na cooperação, baixa tolerância à frustração quando perdem e, muitas vezes, acusam os outros até das suas próprias falhas (Ramalho, 2010).

Relativamente à impulsividade, as crianças com PHDA são descritas pelos pais e professores como indivíduos que agem ou respondem sem pensar, que querem a satisfação imediata dos seus desejos, que têm dificuldade em esperar a vez, quer na conversação quer no jogo e que falam muito e alto, monopolizando as conversações. Estas crianças tendem a recorrer a atalhos para alcançar os seus objetivos, reduzindo o esforço e o tempo investido em tarefas menos estimulantes e o seu próprio pensamento, à semelhança do seu comportamento, também apresenta sinais de impulsividade (Barkley, 2002; Cordinhã & Boavida, 2008).

A terceira característica da PHDA é o excesso de atividade ou a hiperatividade. Este é o comportamento mais difícil de ignorar e pode levar os outros a considerá-las barulhentas, imaturas, descontroladas e perturbadoras (Barkley, 2002). Estas crianças revelam uma atividade excessiva e permanente. Revelam dificuldade em executar as tarefas de forma clara, dificuldade em permanecer sentados, levantam-se e correm excessivamente em alturas em que tal não é adequado (Cordinhã & Boavida, 2008).

Pelo que é possível recolher através da história clínica das crianças com PHDA, verifica-se que uma grande percentagem, já em bebés, revelava dificuldades em adaptar-se às alterações ocorridas nas suas rotinas. Eram bebés irritáveis, com instabilidade psicomotora, baixa tolerância à frustração e necessidade constante de atenção (Ramalho, 2010). Outros autores referem que estes bebés dormem menos e revelam alterações nos padrões de sono (Betancourt-Jiménez, Jiménez-León & Jiménez-Betancourt, 2006; Vaquerizo-Madrid, 2005). Os mesmos autores referem que ao nível de alimentação estes bebés são descritos como tendo tido dificuldades em adaptar-se aos alimentos sólidos.

Nos primeiros anos de vida os pais percecionam os seus filhos como crianças irrequietas, birrentas, muito mexidas, desobedientes e com comportamentos desafiantes (Sánchez, Ramos & Simón, 2012).

Vários autores consideram que estas crianças apresentam também baixa tolerância à frustração, baixa autoestima, dificuldades de relacionamento interpessoal com outras crianças e com adultos, insucesso académico e dificuldades de aprendizagem, conflitos familiares e, muitas vezes, rejeição por parte da família alargada (García-Ogueta, 2001; Kaminester, 1997; Moreira, 2010; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010).

Na sua investigação, Idiazábal-Alecha, Guerrero-Gallo e Sánchez-Bisbal (2006) verificaram que ao nível da linguagem, as crianças com PHDA apresentam défices no processamento semântico, associados às suas dificuldades de atenção. Manifestam também maiores dificuldades na planificação do processamento de inúmeros elementos significativos num curto espaço de tempo, bem como da planificação da realização das tarefas (Ferrando-Lucas, 2006; Ramalho et al., 2009).

Quanto maior é a gravidade ou o conjunto de sintomas de PHDA que as crianças apresentam, também maior é a frequência e o impacto de problemas de comportamento no contexto escolar, que se refletem, quer ao nível académico quer nas relações sociais (Baptista, 2010).

García-Castellar, Presentación-Herrero, Siegenthaler-Hierro e Miranda-Casas (2006) estudaram um grupo de crianças entre os 7 e os 10 anos com PHDA e verificaram que cerca de 73% destas crianças eram rejeitadas pelos seus pares, sendo que a principal razão apontada foi o seu comportamento. Segundo os seus pares são crianças que estão sempre a incomodar, não se calam, estão sempre à procura de brigas, etc.

No seu percurso académico sucedem-se as dificuldades, uma vez que estas crianças dedicam menos tempo ao estudo e tentam alcançar os seus objetivos com o mínimo esforço, usando estratégias simples e pouco elaboradas de aprendizagem. O seu desempenho é muito variável, podendo num dia cumprir as tarefas no período de tempo determinado e no outro nem serem capazes de as iniciar. Estas características logicamente começam a repercutir-se no seu desempenho académico e chamam à atenção dos professores, pelo que é natural que seja durante o primeiro ciclo que mais se diagnostica a PHDA (Ramalho, 2010).

São crianças que revelam grande desorganização, com frequência perdem o material escolar ou esquecem-se dos trabalhos de casa. Cometem erros por descuido e, por vezes, parecem não escutar quando se lhe dirigem diretamente (Cordinhã & Boavida, 2008).

Na adolescência, fase sobejamente descrita como repleta de mudanças físicas e emocionais, que interferem na autoestima e autoconceito, assim como no relacionamento com os pares e com a família, todas estas alterações são ainda mais significativas. Os comportamentos associados à idade, de desafio e oposição, surgem com uma intensidade ainda mais acentuada nos adolescentes com PHDA (García-Ogueta, 2001; Ramalho, 2010).

As dificuldades frequentemente apresentadas ao nível da compreensão leitora e da matemática traduzem-se, muitas vezes, num fraco desempenho académico (30 a 50% destas crianças reprovam pelo menos um ano). As dificuldades e as características

inerentes à perturbação podem causar comprometimento significativo ao nível funcional, tal como problemas na vida social e familiar, baixa escolaridade e um maior risco de abandono escolar (cerca de 35% não chega a concluir o ensino secundário), levando a uma baixa autoestima e exercendo uma influência negativa sobre o desenvolvimento emocional (Barkley, 2002; García-Ogueta, 2001; Polanczyk et al., 2012; Ramalho, 2010).

A PHDA está também associada a resultados negativos ao nível físico, tais como traumas ou fraturas, acidentes de viação, gravidez precoce (no caso das raparigas), doenças sexualmente transmissíveis e é igualmente uma perturbação de risco de comorbilidades de carácter psíquico, tais como perturbações de comportamento, ansiedade, perturbações de humor, comportamento antissocial ou abuso de substâncias (Barkley, 2002; Polanczyk et al., 2012).

Com tantas consequências negativas e sendo uma perturbação cujo tratamento adequado se pode traduzir numa melhoria significativa na qualidade de vida do sujeito com PHDA e dos que lhe são próximos, é preocupante o subdiagnóstico e até mesmo a falta de reconhecimento da PHDA nos adultos. Sabe-se que apesar de haver uma diminuição do número de sintomas, principalmente os de hiperatividade e impulsividade, na adolescência e na idade adulta cerca de 50 a 65% mantém sintomas de PHDA que continuam a causar prejuízo na vida social, académica e familiar (Barkley, 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Polanczyk, Denardin, Laufer, Pianca & Rohde, 2002; Polanczyk et al., 2012; Ramalho, 2010; Ramos-Quiroga, Chalita, Vidal, Bosch, Palomar, Prats & Casas, 2012; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007; Trujillo-Orrego, Pineda & Uribe, 2012).

Na idade adulta, persiste a falta de atenção, planificação e verificação, o descuido, a desorganização e a dificuldade em manter uma adequada rotina diária, principalmente ao nível profissional (Barkley, 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Polanczyk et al., 2002, 2012; Ramalho, 2010; Schmitz et al., 2007). Crianças com PHDA tipo misto apresentam um risco superior de persistência de PHDA na idade adulta comparativamente às que apresentam PHDA predominantemente desatento ou hiperativo. A gravidade da perturbação, o tratamento e as comorbilidades são mais alguns fatores de risco de persistência de PHDA em adultos (Krull, 2012c; Schmitz et al., 2007).

Relativamente às comorbilidades há autores que referem que as perturbações do sono aparecem associadas em cerca de 25% dos casos de crianças que apresentam PHDA. Segundo estes autores se se tratar a perturbação do sono, diminuem os sintomas de PHDA, podendo evitar-se a introdução dos psicoestimulantes (Betancourt-Jiménez et al., 2006).

Tendo em conta todas as alterações que a PHDA pode causar na vida das crianças e dos adolescentes, a escola tem um papel fundamental no diagnóstico e na prevenção dos problemas associados. A perceção que o professor tem do comportamento infantil e em particular do comportamento da criança com PHDA, possibilita a sua comparação com crianças da mesma idade e torna-se uma ferramenta fundamental para ajudar no diagnóstico (Sánchez et al., 2012).

Pela descrição realizada constata-se que de facto o diagnóstico diferencial é difícil de realizar quer em idades precoces quer à medida que são mais velhos. No primeiro caso porque os sintomas são difíceis de distinguir em relação aos comportamentos esperados e à intensidade com que surgem e no segundo porque os sintomas podem mascarar-se ou acentuar-se, pela complexidade ou aumento dos desafios académicos (Ortiz-Luna & Acle-Tomasini, 2006; Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004).

Uma vez que as características são muitas, a comunidade científica teve necessidade de criar um sistema de classificação para uniformizar e validar o diagnóstico através de um número de critérios bem definidos (Trujillo-Orrego et al., 2012). Atualmente existem vários sistemas de classificação de PHDA, no entanto os critérios de diagnóstico do *DSM IV – TR* (APA, 2002), é o sistema de classificação mais utilizado na comunidade científica, quer na prática clínica quer em investigação (Fonseca, 1998), pelo que serão esses que veremos descritos neste trabalho.

De acordo com o *DSM IV – TR* (APA, 2002), a PHDA faz parte das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção e caracteriza-se pela presença persistente de vários sintomas de défice de atenção ou de hiperatividade-impulsividade, com uma intensidade mais frequente e grave do que habitualmente se pode observar noutro sujeitos e inconsistente com o nível de desenvolvimento. Alguns destes sintomas estão presentes antes dos 7 anos de idade e devem estar presentes

em mais do que um contexto de vida da criança. Deverá ainda existir evidência de déficit clinicamente significativo do funcionamento social acadêmico ou laboral que não possa ser justificado por outra perturbação mental (APA, 2002; Capdevilla-Brophy et al., 2005; Krull, 2012a, 2012b; Lopes, 2004; Polanczyk et al., 2012; Ramalho et al., 2009; Trujillo-Orrego et al., 2012).

Os critérios de diagnóstico de PHDA do *DSM* têm sido uma ferramenta válida e útil desde 1968 e atualmente são descritos da seguinte forma no *DSM IV – TR* (APA, 2002):

Falta de atenção

I. Devem estar presentes seis ou mais sintomas de falta de atenção, que persistam há mais de seis meses, com intensidade desadaptativa e inconsistente com o seu nível de desenvolvimento:

- a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- b) com frequência tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);
- g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

II. Devem estar presentes seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, que devem persistir há mais de seis meses, com intensidade desadaptativa e inconsistente com o seu nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

- a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);
- d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- e) com frequência «anda» ou só atua como se estivesse «ligado a um motor»;
- f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade

- g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

De acordo com os sintomas predominantes existem 3 subtipos de PHDA:

- a) Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção combinado ou misto, quando estão preenchidos os critérios de falta de atenção e de hiperatividade-impulsividade (APA, 2002; Capdevila-Brophy, Artigas-Pallarés & Obiols-Llandrich, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Krull, 2012a; Sell-Salazar, 2003);

- b) Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção predominantemente desatento, quando estão preenchidos os critérios de falta de atenção e a hiperatividade não é significativa (APA, 2002; Capdevila-Brophy et al., 2006; Krull, 2012a; Sell-Salazar, 2003);
- c) Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção predominantemente hiperativo-impulsivo, se predominam os critérios de hiperatividade-impulsividade (APA, 2002; Capdevila-Brophy et al., 2006; Krull, 2012a).

1.3. Prevalência

Apesar de a PHDA ser considerada um dos distúrbios de neurodesenvolvimento mais prevalente na infância, em todo o mundo (Boavida, 2006; Capilla-González, Fernández-González, Campo, Maestú, Fernández-Lucas, Mulas & Ortiz, 2004; Krull, 2012b; Polanczyk et al., 2012) e de ser uma das patologias mais diagnosticadas em Saúde Mental Infantil, a Conferência de Consenso sobre PHDA do National Institute of Mental Health (NIMH) considera que o subdiagnóstico e o subtratamento são ainda um grande problema nos Estados Unidos (Barkley, 2002).

Atualmente estima-se que 3 a 5% das crianças em idade escolar tenham PHDA e embora este seja provavelmente o intervalo mais aceite pela comunidade científica, a verdade é que a sua variabilidade é muito elevada, uma vez que difere em função do sexo, idade, subtipos ou meio sociocultural (APA, 2002; Betancourt-Jiménez et al., 2006; Capilla-González, Pazo, Campo, Maestú, Fernández, Fernández-González & Ortiz, 2005; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Idiazábal-Alecha, Rodríguez-Vázquez, Guerrero-Gallo & Vicent-Sardinero, 2005; Kaminester, 1997; Polanczyk et al., 2012; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010; Trujillo-Orrego, 2010).

Relativamente a outros meios socioculturais verifica-se que no Japão e Nova Zelândia a prevalência é de 7%, na China entre os 6 a 8%, na Alemanha 4%, na Índia 5 a 29% e no Brasil cerca de 5-6%. Outros países, dependendo do seu nível de desenvolvimento podem não saber muito sobre a PHDA, suas causas ou tratamento, porém esta é uma problemática descrita em todo o mundo (Barkley, 2002).

Nos estudos de prevalência verificou-se que existe uma maior incidência nos rapazes, no entanto esta parece diminuir na adolescência. Enquanto a prevalência nas raparigas se mantém estável com a idade, pelo contrário, no sexo masculino esta parece diminuir significativamente com a idade. Na discussão sobre a maior incidência da PHDA no sexo masculino, parece apontar-se como justificação, o subdiagnóstico das raparigas, devido ao facto de não existirem critérios de diagnóstico, diferenciados por género. Consideram que os rapazes apresentam sintomas mais caraterísticos de hiperatividade enquanto as raparigas são frequentemente mais desatentas, pelo que passam mais facilmente despercebidas, presumindo-se a existência de um número significativo de casos subdiagnosticados, nas raparigas (Barkley, 2002; Boavida, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Cordinhã & Boavida, 2008; Coutinho, Mattos, Araújo & Duchesne, 2007; Coutinho, Mattos & Malloy-Diniz, 2009; Ramalho, 2010; Vaquerizo-Madrid, Macías-Pingarrón & Márquez-Armenteros, 2004).

Dentro dos vários subtipos de PHDA, o subtipo misto ou combinado é o que apresenta uma maior prevalência nas crianças com PHDA identificadas (60%) e acredita-se que muitas vezes, o subtipo predominantemente desatento que tem uma prevalência de cerca de 15-20%, passa mais facilmente despercebido principalmente nas raparigas, como foi referido anteriormente. (Molinero, Villalobos, Redondo, Martín, Rivera & Sanz, 2009; Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales & de la Peña-Olvera, 2005). Sabendo que dentro da PHDA o subtipo predominantemente desatento é o que apresenta mais dificuldades ao nível da escrita, o subdiagnóstico é preocupante (Sánchez et al., 2012; Coutinho et al., 2007, 2009).

Relativamente à idade, Vaquerizo-Madrid (2005) refere que a maior prevalência ocorre na primeira infância, estimando que 75% dos casos surge antes dos 5 anos e, a maioria das vezes, entre os 3 e os 5 anos, enquanto Cardo e Servera-Barceló (2005) apontam para uma ocorrência entre os 6 e os 9 anos, que persiste até à idade adulta em cerca de 65-75% dos casos.

1.4.Etiologia

O desconhecimento e o preconceito têm vindo a associar a causa da PHDA a erros educacionais, no entanto nenhuma das manifestações comportamentais da PHDA é o

resultado da educação recebida, logo não se pode confundir esta problemática com indisciplina (Moreira, 2010). Pelo contrário, o que se verifica é que os pais das crianças com PHDA controlam mais o comportamento dos seus filhos e são mais diretivos e negativos em relação às suas crianças. Simultaneamente as crianças com PHDA são mais teimosas, negativas e menos submissas que as restantes (Barkley, 2002).

Numa das investigações de Barkley (2002) para avaliar a relação da PHDA com esses possíveis erros educacionais, foram administrados estimulantes e placebos a crianças com PHDA sem que as famílias e as crianças soubessem quando estavam a tomar medicação real ou placebo. Verificou-se que nas semanas em que as crianças tomavam a medicação real, quer o seu comportamento quer o das mães em relação aos seus filhos melhorava muito. Demostrou-se assim que o comportamento negativo das mães em relação aos seus filhos surge como resposta e não como causa do comportamento das crianças.

Apesar do consenso da comunidade científica sobre a influência de fatores genéticos e ambientais não existem ainda marcadores clínicos ou laboratoriais que possam identificar as causas precisas da PHDA (Barkley, 2002; Betancourt-Jiménez et al., 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Durá-Travé, Yoldi-Petri & Zardoya-Santos, 2011; Polanczyk et al., 2002).

Os fatores biológicos são considerados os mais importantes e os que mais têm sido apontados como relevantes, são as más condições perinatais, prematuridade, baixo peso ao nascer, alimentação e aditivos, e tabagismo materno (Barkley, 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Gustafsson, Thernlund, Ryding, Rose'n & Cederblad, 2000; Polanczyk et al., 2002, 2012). Uma alta incidência de fatores imunológicos, tais como alergias, asma e infeções víricas recorrentes também têm surgido associadas à PHDA (Betancourt-Jiménez et al., 2006).

Estudos etiológicos realizados com famílias, crianças adotadas e gémeos com PHDA, mostraram que existe uma forte contribuição genética, evidenciando uma prevalência três vezes maior da PHDA nos pais biológicos do que nos pais adotivos de crianças com essa perturbação (Cardo & Servera-Barceló, 2005; Gustafsson et al., 2000; Polanczyk et al., 2002, 2012). Vários estudos revelam também que a probabilidade de

um irmão de uma criança com PHDA ter a mesma problemática aumenta cerca de 25 a 30% (Barkley, 2002). Porém acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma suscetibilidade genética à perturbação, e não pela sua causa (Campos, Goldberg, Capellini & Padula, 2007; Polanczyk et al., 2002; Sánchez-Mora, Ribasés, Mulas, Soutullo, Sans, Pàmias, Casas & Ramos-Quiroga, 2012; Trujillo-Orrego, 2010). Esta descoberta vem reforçar as conclusões de Barkley (2002) quando considera que a perturbação tem uma origem predominantemente genética ou hereditária.

A elevada prevalência da PHDA despertou o interesse da comunidade científica e o estudo do lobo frontal, mais especificamente do córtex pré-frontal, através de técnicas de neuroimagem. Este tipo de estudos tem vindo a aumentar consideravelmente no sentido de encontrar indicadores cerebrais, anatómicos ou funcionais, que apoiem o diagnóstico e o tratamento (Capilla-González et al., 2004, 2005; Díaz-Heijtz, Mulas & Forssberg, 2006; Gustafsson et al., 2000; Polanczyk et al., 2012).

Técnicas de neuroimagem funcional demonstraram uma disfunção de uma rede fronto-estriatal na PHDA, que é provável que contribua para os défices nas funções executivas, essenciais para um comportamento eficaz, criativo e adaptado socialmente (Capilla-González et al., 2004; Díaz-Heijtz et al., 2006; Krull, 2012b; Polanczyk et al., 2012; Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes & Pelegrín-Valero 2002).

As funções executivas desenvolvem-se durante a infância e a adolescência, em paralelo com a maturação do córtex pré-frontal e as suas conexões com o resto do cérebro e dependem da aquisição prévia de outras capacidades cognitivas com as quais mantêm uma relação estreita, tais como a atenção e a memória (Capilla-González et al., 2004; Stuss, 1992). Estas funções associam-se a processos de planificação, organização, atenção seletiva e controlo inibitório e têm um papel essencial na criatividade, na realização de atividades complexas, no desenvolvimento das operações formais do pensamento, na tomada de decisões e no juízo ético e moral que se traduz no comportamento social adaptado (Capdevilla-Brophy et al., 2005; Rebollo & Montiel, 2006; Stuss, 1992; Tirapu-Ustárrroz et al., 2002).

Este longo período de maturação torna as funções executivas especialmente vulneráveis durante a infância e adolescência e reflete-se num elevado número de

disfunções neurodesenvolvimentais que apresentam alguma alteração do lobo frontal, tal como a PHDA (Capilla-González et al., 2004; Hendren, De Backer & Pandina, 2000).

Embora a investigação através de neuroimagem tenha vindo a demonstrar evidências anatómicas e funcionais da hipótese da presença de disfunção fronto-estriatal na PHDA, estudos recentes constataram a existência de alterações (anatómicas e funcionais) em regiões corticais posteriores que se relacionam com uma disfunção na atenção seletiva. (Capilla-González et al., 2005; Castellanos & Acosta, 2004; Díaz-Heijtz et al., 2006; Krull, 2012b).

Capdevilla-Brophy et al. (2005) na sua investigação pretenderam determinar as diferenças e semelhanças entre os subtipos de PHDA (combinado e desatento) no que respeita ao fenótipo neuropsicológico de disfunção executiva. Entre as 59 crianças estudadas verificaram que existem diferenças significativas na memória de trabalho não-verbal, na previsão de respostas, na comprovação de hipóteses e no controlo motor. Ambos apresentam défice no tempo de resposta e na memória de trabalho verbal.

Várias investigações mostraram uma distribuição anormal do fluxo sanguíneo cerebral regional nas crianças com PHDA e uma relação inversa entre esse fluxo em áreas frontais do hemisfério direito e a gravidade das alterações de comportamento (Betancourt-Jiménez et al., 2006; Gustafsson et al., 2000).

Uma vez que 70 a 80% das crianças responde ao tratamento com psicoestimulantes, defende-se a hipótese hipodopaminérgica, existindo um elevado número de estudos que se tem dedicado ao estudo dos genes que regulam a atividade da dopamina (Barkley, 2002; Betancourt-Jiménez et al., 2006; Campos et al., 2007). O Consenso do Grupo Especial de Interesse em PHDA concorda que esta é fundamentalmente causada por défices na transmissão da dopamina que afetam as conexões do córtex pré-frontal (Artigas-Pallarés, 2004; Montañés-Rada, Gastaminza-Pérez, Catalá, Ruiz-Sanz, Ruiz-Lázaro, Herreros-Rodríguez et al., 2010).

Em adolescentes com PHDA, a investigação tem evidenciado uma diminuição no metabolismo cerebral da glicose no lobo frontal, enquanto o metabolismo cerebral

global não sofre alterações, no entanto em adultos com PHDA de início precoce, observou-se um hipometabolismo, tanto no lobo frontal como global (Capilla-González et al., 2004).

Verificou-se também uma melhoria da hipofuncionalidade frontal com o aumento da idade, o que vem reforçar a hipótese de que a hipoativação frontal observada nas crianças com PHDA poderá ser o reflexo de uma disfunção no processo de maturação do lobo frontal (Capilla-González et al., 2004).

Embora nenhum destes fatores possa ser assumido como a causa da PHDA, todos eles são fatores causais associados à perturbação. Evoluir na descoberta da etiologia é uma mais-valia para os avanços no diagnóstico e tratamento da PHDA. No diagnóstico, dado que poderá tornar-se possível através de testes genéticos ou de neuroimagem, que permitam identificar, não só a perturbação mas também o seu subtipo e no tratamento, uma vez que são um excelente contributo para a produção de medicamentos seguros (Barkley, 2002; Castellanos & Acosta, 2004; Roman, Rohde & Hutz, 2002).

1.5.Intervenção

A PHDA é a psicopatologia infantil que mais leva a recorrer à consulta específica e cada vez em idades mais precoces, facto que demonstra que a consciência do problema é cada vez maior e que tanto as famílias como os profissionais desejam chegar a um diagnóstico diferencial o mais precocemente possível (Vaquerizo-Madrid, 2005).

O tratamento da PHDA envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (Barkley, 2002; Durá-Travé et al., 2011; Krull, 2012c, 2012d; Polanczyk et al., 2002; Swanson, 2003).

Várias intervenções psicológicas têm revelado resultados positivos no tratamento da PHDA, nomeadamente a intervenção centrada na criança, a intervenção centrada na família, a intervenção centrada na escola e a intervenção combinada de todos estes sistemas, com a referência de que os seus efeitos parecem ser potenciados quando

associados a intervenção farmacológica (Ferrando-Lucas, 2006; Krull, 2012c; Moreira, Gonçalves & Butler, 2005).

Até há bem pouco tempo, uma família que recorresse aos serviços da comunidade para procurar ajuda para o seu filho com problemas, a Intervenção Precoce (IP) que iria usufruir, centrar-se-ia apenas na criança em risco ou com necessidades educativas Especiais (NEE), com grande enfoque nos seus défices, considerando o profissional como o especialista, logo detentor do poder de escolha e decisão em relação à intervenção a realizar com a criança (Almeida, 2004; McWilliam, 2003b; Pereira & Serrano, 2010a).

O nascimento de um filho no seio de uma família é um acontecimento que provoca um grande impacto, levando a que as rotinas diárias dos seus membros tenham que ser adaptadas em função do novo ser. Se a criança tiver necessidades especiais (NE), como no caso da PHDA, este impacto na família será ainda maior e exigir adaptações e mudanças mais dramáticas de modo a que a família possa atingir um equilíbrio, que lhe permita um mínimo de conforto a todos seus membros (McWilliam, 2003b).

Com o aparecimento das perspetivas sistémicas do desenvolvimento, nomeadamente o modelo ecológico de desenvolvimento de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) e o modelo transacional de Sameroff (Sameroff & Fiese, 2000) a criança deixou de ser o centro da intervenção precoce, passando a família e as suas interações com a comunidade a ser valorizadas (Pereira & Serrano, 2010a).

Graças a esta mudança de abordagem, reconhece-se que as famílias são o contexto principal para a promoção e para o desenvolvimento das crianças, passando a ser respeitadas as suas escolhas e os seus processos de decisão, dando ênfase às suas competências e estabelecendo uma verdadeira relação de parceria família/profissionais (Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker & Wagner, 1998; Pereira & Serrano, 2010b; Peterander, 2000).

A família como foco de atenção constitui assim o elemento fundamental das práticas atuais de IP centradas na família (Serrano & Correia, 2000), deixando o profissional de IP de ser um expert e a família mera recetora de serviços, e passando a existir uma “corresponsabilização” e “capacitação” das famílias (McWilliam, 2003b).

Para que a família possa ser capacitada e corresponsabilizada, de modo a alcançar as necessidades e prioridades por si definidas, é necessário que os serviços de IP prestados sejam baseados nos recursos formais e informais existentes na comunidade (Carvalho, 2002). Deste modo, intervir no sistema-família, no sentido de o apoiar no desenvolvimento das suas competências parentais e do seu bem-estar, terá um impacto nas interações com os seus filhos e consequentemente no seu desenvolvimento (Trivette et al., 2010).

Desta forma, numa abordagem centrada na família, é de extrema importância conhecer as expectativas e preocupações da família e os recursos que possuem. Ao recolhermos e percebermos esta informação sobre a família estamos a assegurar-nos que a intervenção será guiada pelas suas prioridades e que terá por base os seus recursos (McWilliam, 2003a).

As famílias de crianças com NEE ou de risco possuem um conjunto acrescido de fatores de stress que representam repercussões negativas nas interações familiares, pelo que o principal objetivo da avaliação em IP será a identificação desses fatores de stress e das competências e pontos fortes da família (Serrano & Pereira, 2011). O desconhecimento das suas necessidades reais pode aumentar os níveis de stress, medo e ansiedade das famílias que, além da problemática em si, podem não se sentir compreendidos e apoiados pelos profissionais.

As práticas centradas na família devem ajudar as famílias a identificar e colocar em funcionamento os seus recursos de modo a garantir que têm mais tempo e energia para interagir com os seus filhos e assim lhes proporcionarem oportunidades e experiências que potenciem o seu desenvolvimento e aprendizagem (Trivette et al., 2010).

Depois de conhecer as prioridades e recursos da família, devem ser dadas informações claras e precisas sobre a problemática e, se necessário deve ser orientada para intervenção a fim de aprenderem a conhecer e a lidar com os sintomas dos seus filhos, melhorando, assim, a resposta às suas necessidades (Rohde & Halpern, 2004). A família pode ainda necessitar de intervenção psicoterapêutica com o

intuito de restabelecer vínculos familiares enfraquecidos pelo comportamento da criança (Polanczyk et al., 2012; Rohde & Halpern, 2004).

As características de impulsividade, desatenção, excesso de atividade e exigência são para as famílias um enorme desafio na educação dos seus filhos. Estes pais veem-se na necessidade de redobrar o seu envolvimento, as suas responsabilidades parentais aumentam e o vínculo com os seus filhos vai-se esbatendo. Necessitam de monitorizar, ensinar, planejar, estruturar, recompensar, punir, proteger e educar os seus filhos bem mais além do que é exigido a quaisquer outros pais (Barkley, 2002). É preciso então ajudar os pais para que sejam capazes de lidar de forma eficaz com o stress provocado pela criança com PHDA e com a ansiedade provocada pelas crises familiares.

Barkley (2002) refere vários princípios que podem ajudar os pais das crianças com PHDA a melhorar a sua interação com os seus filhos. Para começar devem ser os pais a controlar as suas reações e interações com os seus filhos, uma vez que sabem que as dos seus filhos são pautadas pela impulsividade. Tentar resolver um problema imaginando como seria o seu desfecho também poderá ser uma estratégia para se focarem no que é realmente importante e no que é necessário para que se consiga o final desejado.

Um outro princípio orientador para os pais é centrarem-se nas prioridades. Pensarem no que realmente é importante para o seu relacionamento com os seus filhos e não se desgastarem com coisas menos importantes. Estas crianças podem fazer tantas coisas erradas que se as famílias não se focarem no que realmente é importante para elas, para a sua interação, o desgaste será difícil de ultrapassar. A negociação frequente com recompensas incluídas nos “contratos” pode ser uma outra estratégia para ajudar a lidar com as solicitações do dia-a-dia (Barkley, 2002).

Estas famílias necessitam de se certificar de que os seus filhos sabem que o seu amor por eles não depende do seu comportamento, das suas notas ou dos seus amigos. Compreender o ponto de vista do filho, ser bom ouvinte, estar atento às pequenas coisas, cumprir as suas promessas, fazer negociações com regras e expectativas claras, ser íntegro e pedir desculpas sinceras são comportamentos essenciais dos

pais para que os seus filhos com PHDA os procurem quando sentirem necessidade ou estejam disponíveis quando precisarem (Barkley, 2002).

Valorizar as diferenças entre o seu filho com PHDA e as outras crianças e dedicar tempo para si próprio, são outros dois princípios fundamentais. Frequentemente, estes pais dedicam quase todo o seu tempo e energia aos seus filhos, esquecendo-se da necessidade de se renovarem para que possam manter a energia e os recursos para lidarem com eles, sem se deixarem vencer pela exaustão (Barkley, 2002).

Os profissionais que lidam com as crianças com PHDA e a comunidade em geral tendem a desvalorizar a opinião e as preocupações dos pais, a decidir o que é melhor para as crianças, muitas vezes sem explicar os objetivos das intervenções. Apoiar os pais na procura de ajuda ou de profissionais para lidar com a problemática, dar-lhes ferramentas que lhes permitam ouvir e avaliar as informações que lhes são transmitidas e dar-lhes força para que exerçam o seu poder de tomar decisões em relação aos seus filhos é uma das melhores abordagens de intervenção em PHDA (Barkley, 2002).

A relação existente entre a atitude perante as crianças com PHDA e o conhecimento que os professores possuem sobre a problemática tem vindo a ser evidente na investigação, sabendo-se que a abordagem pedagógica com estas crianças é tanto melhor quanto maior é o conhecimento do professor sobre PHDA (Baptista, 2010).

Importa portanto ajudar os professores na busca de conhecimento sobre a problemática e alertá-los para a necessidade de um atendimento o mais individualizado possível ao aluno com PHDA, de uma sala de aula bem estruturada, com tarefas curtas e explicadas passo a passo. O aluno deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo dos professores e longe das janelas, ou seja, num local onde ele tenha menor probabilidade de se distrair. (Paasche, Gorrill & Strom, 2010; Rohde & Halpern, 2004).

Como se sabe, as crianças com PHDA perdem mais facilmente o interesse pelas tarefas do que as crianças sem esta problemática e em qualquer situação parecem mais atraídas pelos aspetos lúdicos e recompensadores. Alguns estudos têm revelado que contrariamente ao esperado, adicionar estímulos às tarefas pode melhorar a

atenção e diminuir o número de erros nas tarefas das crianças com PHDA, pelo que seria importante aumentar a inovação, estimulação ou diversão das tarefas propostas (Barkley, 2002).

Promover as recompensas imediatamente após o termo das tarefas e dividi-las em atividades mais curtas que permitam à criança com PHDA fazer pausas enquanto trabalha poderão também ser estratégias de sucesso dentro da sala de aula (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Paasche et al., 2010). O ensino ativo que incorpore a atividade física com o processo de aprendizagem são também uma ótima forma de ensinar as crianças com PHDA (Rohde & Halpern, 2004).

A intervenção com os professores no âmbito da gestão de contingências na escola, para que possuam ferramentas para lidarem com as alterações de comportamento, impulsividade e falta de atenção destas crianças, tem efeitos positivos a longo prazo quando associada a outras intervenções (Miranda-Casas, García-Castellar, Melià-de Alba & Marco-Taverner, 2004; Moreira et al., 2005).

O bom desempenho escolar potencia a diminuição dos sintomas associados à PHDA, pelo que muitas vezes havendo alterações ao nível das estratégias pedagógicas e promovendo o sucesso destas crianças, aumenta-se a sua autoestima, melhora-se o relacionamento social e a atenção e diminuem os sintomas de impulsividade (Lopes, 2004).

A intervenção psicoterapêutica individual não costuma ser recomendada por princípio, uma vez que não tem provado benefícios em relação ao núcleo de sintomas da PHDA e pelo facto de as aquisições em gabinete não serem generalizadas para os seus contextos naturais (Krull, 2012c). No entanto esta intervenção pode ser necessária para o tratamento de sintomas que frequentemente estão associados à PHDA, nomeadamente a baixa autoestima, a dificuldade de controlo de impulsos e as capacidades sociais pobres. Poderá também ser importante no tratamento das comorbilidades, tais como perturbações de humor ou ansiedade (Krull, 2012c).

A abordagem psicoterapêutica com maior evidência de eficácia na intervenção com crianças com PHDA é a cognitivo-comportamental. Importa, no entanto referir que a intervenção psicoterapêutica isolada pode ser eficaz, mas não consegue obter os

mesmos resultados que os obtidos através de tratamento farmacológico (Barkley, 2002; Boavida, Porfírio, Nogueira & Borges, 1998; Krull, 2012c; Polanczyk et al., 2012; Rohde & Halpern, 2004).

A medicação psicoestimulante constitui a base da intervenção farmacológica em crianças com PHDA, sendo o *methylphenidate hydrochloride* – Metilfenidato (MTF) o mais frequentemente prescrito e a sua eficácia universalmente reconhecida, estimando-se que 75% das crianças beneficiam de efeitos positivos com a medicação (Barkley, 2002; Idiazábal-Alecha et al., 2005; Krull, 2012d, 2012e; Mardomingo-Sanz, 2012; Rohde & Halpern, 2004; Sánchez-Pérez, García-Avilés, Gascó, Sanjuán & Olucha-Bordonau, 2012).

Atualmente em Portugal, o MTF existe disponível no mercado em três apresentações: o medicamento de ação curta – Rubifen® (Laboratorios Rubió, S.A.) com um período de ação de 3 a 4 horas; o de ação média – Ritalina LA® (Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos, S.A.) com uma duração de cerca de 6 a 8 horas; e o de ação longa – Concerta® (Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.), de libertação prolongada, que abrange um período de ação de cerca de 10 a 12 horas. Todas as apresentações demoram cerca de 20 a 60 minutos até ao seu início de ação e estão recomendadas para idades iguais ou superiores a 6 anos, salvo raras exceções que podem iniciar antes.

Relativamente ao Rubifen® é uma medicação de libertação imediata, normalmente bem tolerado, porém o facto de ter um período de ação tão curto implica que os pacientes tenham que fazer 2 a 3 tomas por dia para manter um efeito sustentado. Isto pode ser um problema para algumas crianças porque pelo menos uma das tomas terá que ser feita na escola, o que implica a participação da comunidade escolar e a possibilidade de algum estigma (Artigas-Pallarés, 2004; Mardomingo-Sanz, 2012).

Para tentar minimizar os inconvenientes do MTF de ação curta, a indústria farmacêutica colocou no mercado mais duas apresentações de MTF, a Ritalina LA® e o Concerta®. A Ritalina LA® aparece em forma de cápsula, que contem uma mistura de MTF de libertação imediata e umas pequenas pérolas revestidas de libertação prolongada. Equivale a 2 tomas de MTF de ação curta e a única vantagem é a comodidade de administração (Artigas-Pallarés, 2004; Krull, 2012e).

Mais recentemente surgiu o Concerta® que através de uma técnica mais sofisticada, permite uma libertação prolongada do MTF. O comprimido não deve ser cortado, nem mastigado ou esmagado, uma vez que é composto por camadas que se vão libertando ao longo do dia. Esta apresentação tem várias vantagens, nomeadamente a necessidade de apenas uma toma (equivalente a 3 tomas de MTF de ação curta) e, como o seu efeito se prolonga por 10 a 12 horas, permite manter a sua eficácia depois do período escolar, permitindo a realização dos trabalhos de casa e o controle do comportamento já no seio familiar (Artigas-Pallarés, 2004; Krull, 2012e; Mardomingo-Sanz, 2012).

Idiazábal-Alecha et al. (2005) referem que a medicação com psicoestimulantes potencia os processos de alerta cerebral, diminuindo a impulsividade e melhorando a atenção, a memória a curto prazo e o tempo de reação. Na sua investigação através de potenciais evocados cognitivos (auditivos e visuais) estes autores verificaram que existem diferenças estatisticamente significativas antes e após a medicação com MTF e que este melhora o processamento cognitivo da informação auditiva e visual nas crianças com PHDA. Narbona e Crespo-Eguílaz (2005) também demonstraram, nos seus trabalhos de investigação que a intervenção com psicoestimulantes pode melhorar o rendimento académico a longo prazo, devido ao seu efeito ativador sobre a memória de trabalho.

Jorge (2007) no seu estudo sobre o impacto da medicação psicoestimulante na matriz narrativa das crianças com PHDA verificou que apesar de não se verificarem diferenças significativas, pré e pós medicação ao nível da coerência estrutural, nem da complexidade de processo, apresentam uma melhoria significativa na dimensão da diversidade de conteúdo das suas narrativas.

Lopes (2004) também afirma que os psicoestimulantes permitem às crianças com PHDA não só aumentar o tempo de atenção, melhorar o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos motores finos, o tempo de reação e a qualidade de trabalho, mas também melhorar a interação da criança com os pais, professores e pares. Barkley (2002) refere que quando as crianças com PHDA são submetidas a tratamento farmacológico com estimulantes, diminui a reprovção, o controlo geral e o uso de ordens dadas pelos pais, professores e colegas, tornando as interações geralmente mais positivas.

Sendo a PHDA, uma perturbação muito estudada pela medicina, centenas de ensaios clínicos avaliaram tratamentos farmacológicos, psicossociais e outras alternativas. As melhorias marcantes verificadas nos sintomas específicos da PHDA, com o tratamento farmacológico, fazem com que seja reconhecido como a primeira escolha para crianças em idade escolar, adolescentes e adultos. No entanto a intervenção comportamental é o tratamento de primeira escolha em idade pré-escolar. Nesta faixa etária, quando os comportamentos alvo não melhoram com a terapia comportamental, então poder-se-á então colocar a hipótese de associação de intervenção farmacológica (Krull, 2012c; Polanczyk et al., 2012).

Outros estudos têm demonstrado uma eficácia superior da intervenção farmacológica no tratamento dos sintomas principais de PHDA (impulsividade, dificuldades de atenção e hiperatividade), em relação às intervenções psicoterapêuticas e à intervenção familiar. A intervenção farmacológica, associada a intervenção psicoterapêutica com a criança e orientações às famílias e aos professores, também não revelou uma eficácia superior na diminuição destes sintomas, quando comparada a uma intervenção apenas farmacológica (Rohde & Halpern, 2004). Esta é apenas mais uma evidência da eficácia, consensualmente reconhecida, da intervenção farmacológica, nomeadamente dos psicoestimulantes no tratamento da PHDA, pelo que estes são o grupo de medicações de primeira escolha para a PHDA (Idiazábal-Alecha et al., 2005; Polanczyk et al., 2012; Rohde & Halpern, 2004). No entanto as outras abordagens não devem ser excluídas uma vez que têm um papel muito importante no tratamento das comorbilidades e dos sintomas associados à PHDA (Polanczyk et al., 2012).

Sobre a utilização de psicoestimulantes no tratamento da PHDA, Barkley (2002) no seu livro, enuncia 8 mitos já amplamente estudados e sem qualquer evidência científica e dos quais vamos destacar 6 que na nossa comunidade ainda prevalecem:

- a) ***Estimulantes são perigosos e não devem ser usados pelas crianças***, no entanto na comunidade científica é consensual que são seguros e eficientes no tratamento da PHDA;
- b) ***Estimulantes apenas encobrem o verdadeiro problema e não interferem diretamente com as causas da PHDA***. Como já foi descrito anteriormente não

há qualquer evidência científica de problemas sociais ou educacionais como causa da PHDA. Pelo contrário há muita investigação a mostrar que a PHDA é uma perturbação de origem genética, associada a alterações no funcionamento de determinadas áreas cerebrais relacionadas com a inibição, atenção e autocontrole, onde os estimulantes vão atuar. Infelizmente, como diz o autor, tal como a insulina no diabético, os estimulantes têm apenas um efeito temporário, pelo que é necessário tomá-los todos os dias.

c) ***Estimulantes tornam as crianças eufóricas e viciam como outras drogas.***

Relativamente ao vício não há relatos dependência desta medicação em crianças com PHDA e os estudos realizados também não revelam maior risco de utilização de outras substâncias em jovens que estiveram medicados na infância. Tal como o autor refere, pelo contrário verificou-se uma ligeira diminuição do uso de drogas em jovens com PHDA que mantiveram a medicação durante a adolescência comparativamente aos que pararam a medicação nessa fase das suas vidas. Quanto à euforia, em Portugal o mito é diferente e o oposto do mito nos Estados Unidos, pois acha-se que “a medicação põe as crianças a dormir”, o que é um contrassenso, visto estarmos a falar de um estimulante e não de um calmante. Porém pelo facto de os estimulantes darem às crianças maior autocontrole, inibição dos impulsos e diminuírem a agitação motora, é natural que as crianças fiquem mais sossegadas e que aos olhos alheios pareçam que tomaram o tal calmante.

d) ***Estimulantes impedem o crescimento da criança.*** Apesar de nos anos 70 se ter colocado a hipótese de que o uso desta medicação afetava o crescimento da criança, estudos atuais referem que a altura da criança na vida adulta e o crescimento do seu esqueleto não será afetado por ela. Baseado neste mito, muitas crianças com PHDA fazem pausas terapêuticas da medicação nos fins de semana e férias, no entanto como se sabe hoje que o risco de atraso de crescimento é muito menor essas pausas já não serão essenciais. É preciso avaliar com o médico assistente se os benefícios na interação com os pares e com a família, no seu comportamento e na sua participação nas atividades justificam a necessidade, ou não, de manter essa medicação nos fins de semana e férias.

- e) ***Estimulantes só podem ser usados até à adolescência*** é outro dos mitos, uma vez que hoje o MTF é utilizado por adolescentes e adultos com grandes melhorias na sua vida social, académica ou profissional.
- f) **Estimulantes não têm benefícios duradouros para o desempenho académico das crianças.** Se se esperar que após a toma da medicação as crianças passem a saber todas as matérias que não sabiam anteriormente, de facto os benefícios dos estimulantes serão uma desilusão. A medicação não acrescenta, de todo, inteligência às crianças, mas permite-lhes mostrar o conhecimento que têm, uma vez que as ajuda a estarem mais atentas e concentradas e a refletirem antes de darem respostas impulsivas. Torna-as mais disponíveis para a aprendizagem e com o tempo essas crianças conseguirão ter um desempenho académico que não teriam se não tivessem sido medicadas.

Apesar do elevado nível de êxito da medicação psicoestimulante, continua a existir uma grande controvérsia, principalmente ao nível da comunicação social, sobre o possível sobrediagnóstico de PHDA e o uso inadequado de medicação psicoestimulante nas crianças (Idiazábal-Alecha et al., 2005). A falta de experiência, o estigma, o preconceito e os equívocos são barreiras importantes para o reconhecimento e tratamento de PHDA e devem ser ativamente combatidos (Polanczyk et al., 2012).

2.Stress

2.1.Conceptualização

Quando um indivíduo, perante uma situação importante para si, sente que não tem controlo sobre a situação e não possui meios pessoais e sociais para a ultrapassar, entra em stress. Uma vez que o stress acontece diariamente na vida de toda a gente, é fundamental conhecer as suas causas e encontrar formas de lidar com ele, pelo que são inúmeros os estudos dedicados a este tema (Matsuruka, Marturano, Oishi & Borasche, 2007; Rita, Patrão & Sampaio, 2010; Serra, 2002; entre muitos outros).

No século XIX, o fisiologista francês Claude Bernard introduziu a noção de que quando um organismo se encontra sob alguma ameaça física à sua integridade, este desenvolve respostas para contrariar essa ameaça, ou seja de que os organismos dispõem de meios para se auto protegerem. Esta noção foi fundamental para construir o conceito de stress tal como o entendemos atualmente (Serra, 2002).

Mais tarde Walter Cannon (cit in Serra, 2002) propôs a teoria da homeostase para se referir a esta capacidade que o organismo tem de se adaptar às alterações do meio exterior de modo a manter estável o seu ambiente interno, mas deve-se a Hans Selye a introdução do conceito de stress (ibidem).

Holmes e Rahe (cit in Serra, 2002) verificaram que o tipo de acontecimentos influencia a probabilidade de induzirem stress e que os mais penosos têm repercussões na saúde do indivíduo, no entanto, Richard Lazarus, nos anos 60, concluiu que não existe nenhum acontecimento que, em absoluto, possa ser indutor de stress e que é a avaliação que o indivíduo faz da situação que condiciona o sentir-se ou não em stress.

O nível de stress vai depender da avaliação que cada pessoa faz daquilo que pensa que lhe é pedido pelo ambiente ou pela situação, estando esta avaliação carregada de subjetividade, uma vez que o impacto subjetivo é mais importante que o significado objetivo do acontecimento (Pais-Ribeiro & Marques, 2009; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003).

Para uma avaliação do stress é necessário ter em conta os acontecimentos ocorridos num determinado período de tempo, na vida de uma pessoa, a dimensão do seu impacto e a sua desejabilidade ou indesejabilidade (Pais-Ribeiro & Marques, 2009; Silva et al., 2003).

2.2. Efeitos do stress

Para Lazarus e Folkman (1984) o stress é considerado uma resposta que envolve aspetos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, logo de carácter multidimensional. Esta resposta surge como resultado da interação meio-indivíduo, após um desequilíbrio entre os recursos de um indivíduo e as exigências que lhe são apresentadas, colocando-o sob ameaça.

Quando o indivíduo após avaliar a situação a considera uma ameaça ou sente que não tem meios para lidar com ela, entra em stress e desencadeia uma série de emoções negativas e de respostas ao nível dos sistemas nervoso, vegetativo endócrino e imunitário. Esta avaliação subjetiva, muitas vezes, não depende objetivamente do acontecimento em si, mas sim do grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que cada indivíduo desenvolveu em relação a essa situação (Mixão, 2007; Serra, 2002; Silva et al., 2003).

Serra (2002) refere ainda que esta avaliação que cada indivíduo faz de determinada situação e que determina a variabilidade de reações está dependente da educação, das experiências de vida, das crenças e valores e da aprendizagem que fazemos sobre a forma de lidar com as circunstâncias desagradáveis, ou seja das aptidões e recursos pessoais.

Quando o indivíduo tem as aptidões e recursos necessários para dar resposta às exigências, estamos perante padrões de stress controlados, porém quando as exigências são superiores aos recursos disponíveis o stress torna-se desgastante. O stress é uma condição inerente à vida e em padrões controlados é importante e útil, uma vez que constitui uma fonte de impulso que faz com que o indivíduo tome decisões e resolva problemas. O stress *per se* não é considerado uma doença e as circunstâncias que o induzem também não determinam qualquer doença, no entanto

este interfere com o bem-estar e com a saúde física e mental do indivíduo (Mixão, 2007; Serra, 2002).

Os custos do stress não são passíveis de cálculo direto, pelo que é necessário analisar indicadores indiretos, nomeadamente, o mal-estar, as mortes e incapacidades por ele geradas, a forma como afeta os órgãos vitais, as alterações físicas e psíquicas que induz e os consumos (analgésicos, tranquilizantes, drogas, bebidas alcoólicas...) utilizados pelo indivíduo para minimizar os seus efeitos (Serra, 2002). A Organização Mundial de Saúde utiliza o termo epidemia quando se refere ao stress e faz referência aos elevados custos ao nível individual, familiar e social (WHO, 2002).

Sabe-se que o stress deteriora a qualidade de vida de milhões de pessoas e que tem repercussões significativas no mundo do trabalho, uma vez que se reflete em absentismo, desorganização, insatisfação, fraca adesão aos objetivos, atrasos de produção, acidentes e mudanças de emprego.

O stress ao desencadear respostas ao nível dos sistemas nervoso, vegetativo endócrino e imunitário, dá origem a alterações metabólicas, que condicionam as funções biológicas fundamentais, tornando o organismo propício a infeções e a sua gravidade depende da intensidade e do tempo de vivência da situação (Serra, 2002).

Quando se dá a ativação do sistema nervoso simpático em resposta à perceção de uma situação indutora de stress, podemos ter algumas respostas observáveis por parte do organismo, nomeadamente a dilatação das pupilas, o aumento da sudoração, a piloereção e o tremor. Quando a resposta ao indutor de stress é o medo intenso pode observar-se ainda diarreia, incontinência urinária e desmaio. A vivência intensa e prolongada de situações de stress pode induzir alterações de sono, humor, energia, motivação e memória e dar origem a quadros de ansiedade e depressão (Serra, 2002).

Além do impacto ao nível biológico, o stress tem também muita influência ao nível cognitivo, nomeadamente na perceção das situações, que deixa de ser clara e leva a dificuldades na tomada de decisões, na diminuição da tolerância à frustração, na irritabilidade e preocupação que conduzem a estados de ansiedade, nas capacidades de atenção e na memória. O stress, devido a estes efeitos ao nível cognitivo, pode ser

muitas vezes responsável por alterações de comportamento, nomeadamente no desempenho, na organização e nas atitudes (Serra, 2002).

O stress pode ainda ser responsável pelo desencadear de várias emoções, que condicionam a forma como o indivíduo pensa e age. São evocadas em função da relação estabelecida entre o indivíduo e o meio e influenciam a avaliação da situação, sendo responsáveis pela adaptação às exigências do meio. Têm um papel fundamental no desenvolvimento da personalidade, da competência social e do aparecimento de perturbações do foro psicopatológico. De entre as emoções do stress, Lazarus considera que a cólera, a inveja, o ciúme, a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a vergonha e a tristeza correspondem a emoções negativas enquanto que o amor, o orgulho, a felicidade, a compaixão, a gratidão, o alívio e a esperança são emoções de tonalidade positiva (Serra, 2002).

Serra (2002) refere ainda que o stress pode interferir com o sistema imunitário, debilitando as defesas do indivíduo o que pode facilitar o aparecimento de doença. Pode levar também a alterações de comportamentos e hábitos (tabaco, álcool drogas, consumo excessivo de café ou de comida) adquiridos para esbater as emoções negativas provocadas pelo stress, que se podem tornar potenciadores de doença.

Determinado tipo de doenças psíquicas, tais como depressões ou distúrbios de pânico, estão frequentemente associadas a um fator de stress desencadeante (Serra, 2002).

2.3.Stress parental

De acordo com Deater-Deckard (1998), stress parental (SP) pode ser concetualizado como uma reação psicológica, desencadeada face às exigências inerentes à parentalidade, que suscita sentimentos negativos em relação a si próprio ou em relação à criança. Por outras palavras SP é o stress sentido por um adulto no exercício do seu papel parental, associado à interação com a criança e à perceção das caraterísticas de ambos e do contexto (Mixão, Leal & Maroco, 2010).

O aumento do stress parental pode conduzir a uma deterioração da saúde e do bem-estar da família e, quando se torna crónico, o impacto pode ser muito negativo no desenvolvimento da criança e no exercício da parentalidade (Crnic & Low, 2002; Maccoby, 2000). Quer os problemas de linguagem quer os de comportamento estão fortemente associados ao aumento dos níveis de stress parental (Quittner, Barker, Cruz, Snell, Grimley, Botteri & CDaCI Investigative Team, 2010).

Barbero, Meneses-Lorenzo e González (2004) salientam que os pais que chegam à consulta de neuropediatria com uma criança com PHDA vêm com níveis significativos de tensão, preocupação, ansiedade e depressão por se sentirem impotentes na resolução dos problemas e pela deterioração da sua vida familiar e social.

A investigação tem deixado claro que os todos os pais experimentam situações de stress e que é a sua intensidade e frequência, associadas aos recursos que possuem para lidar com elas que podem dar origem a alterações nas suas competências parentais e na interação com os seus filhos (Abidin & Santos, 2003; Deater-Deckard, 1998).

Os estudos que levaram à construção da Escala de Índice de Stress Parental (PSI) decorreram com o intuito de identificar os fatores de stress que podiam conduzir a essas alterações, sabendo que intervindo precocemente na redução desses fatores de stress parental, poder-se-ia minimizar a frequência e intensidade das perturbações emocionais que podem originar nas crianças. Foram então identificados três fatores de stress, nomeadamente as características da criança, as características dos pais e o stress relacionado com o contexto familiar que por sua vez foram agrupados apenas em dois domínios: o domínio da criança e o domínio dos pais (Abidin & Santos, 2003).

Relativamente ao *domínio da criança* este engloba não só as características de temperamento da criança, como a perceção da figura parental em relação a elas. Esta dimensão abrange (Abidin & Santos, 2003):

- a) a distração/hiperatividade, que como já foi referido anteriormente acresce um envolvimento parental que se traduz num maior desgaste;

- b) a maleabilidade de adaptação, ou seja, com que facilidade a criança se adapta às mudanças, o que normalmente se manifesta na dificuldade em interromper uma tarefa quando se lhe pede, na teimosia e desobediência;
- c) a exigência, ou a forma como a criança exerce pressão sobre a figura parental, que se pode traduzir pela exigência de atenção ou cuidados, intromissões, provocação e agressões;
- d) o humor, que está relacionado com o choro excessivo, inibição e depressão;
- e) a aceitação, que reflete a satisfação das expectativas parentais, no sentido em que consideram que a criança possui as características socialmente desejáveis;
- f) o reforço aos pais, que se representa, no grau de resposta afetiva positiva, resultante da interação pais-filhos.

Relativamente ao *domínio dos pais*, este engloba não só as características dos pais como as variáveis do contexto familiar, dado que se considera que ambas influenciam a capacidade dos pais para darem respostas eficazes na interação com os seus filhos. Esta segunda dimensão enquadra (Abidin & Santos, 2003):

- a) o sentido de competência e a vinculação, que estão relacionados com a motivação e com a perceção de competência parental;
- b) o isolamento social, que identifica o apoio social disponível para favorecer o desempenho do papel parental;
- c) a relação do casal, que está relacionada com o apoio entre ambos e o conflito na relação, ambos com repercussões no funcionamento parental;
- d) a depressão, que se pode traduzir em prejuízo na disponibilidade da figura parental em relação à criança, no comprometimento da energia emocional e, de certa forma, na culpa;

- e) a saúde, que tem impacto nas capacidades parentais e na satisfação das exigências do papel; e
- f) a restrição do papel, que se refere ao impacto do papel parental nas liberdades pessoais e profissionais.

Na literatura encontram-se outros modelos explicativos dos fatores geradores de stress parental e das suas consequências ao nível do exercício da parentalidade bem como do seu reflexo no bem-estar da família e no desenvolvimento da criança. Todos eles reconhecem a existência de vários fatores que influenciam a forma como as exigências da parentalidade são experienciadas pelos pais e o seu impacto na criança. Dos fatores apresentados nos vários modelos destacam-se os já referidos no modelo proposto por Abidin, nomeadamente as características dos pais, da criança e do contexto (Abidin & Santos, 2003; Crnic & Low, 2002).

2.3.1. Stress parental e PHDA

Dentro das circunstâncias indutoras de stress, existem as situações crónicas indutoras de stress, que por serem tão regulares no desempenho dos papéis e das atividades diárias do indivíduo se comportam como crónicas. Estas circunstâncias têm um início insidioso e não é possível prever o seu termo, nem a forma de as resolver (Serra, 2002). Por outro lado existem também os micro indutores de stress que correspondem aos aborrecimentos do dia-a-dia que embora isoladamente possam ser insignificantes, a sua regularidade pode torná-los irritantes, frustrantes, aborrecidos e exigentes, acabando por interferir nas relações interpessoais no seio familiar.

Segundo Serra (2002) quando o stress nasce de circunstâncias familiares este dificulta a comunicação entre os diversos elementos. Logo ter uma criança com PHDA no seio de uma família além de poder ser enquadrada em ambos os tipos de circunstâncias indutoras de stress, representa também um fator acrescido de dificuldades de comunicação familiar.

Se tivermos em conta, o conjunto de comportamentos apresentados na primeira infância pelas crianças com PHDA (bebés difíceis, com alterações de sono e de

alimentação) estes começam desde muito cedo a gerar nos pais um sentimento de impotência e frustração que irá certamente refletir-se nas suas práticas educativas e na sua interação com os seus filhos (Ramalho, 2010).

A sua hiperatividade/impulsividade muitas vezes afeta as relações interpessoais e a sua capacidade de comunicação, ferramenta essencial para a socialização e aprendizagem. O impacto do seu comportamento sobre a família, a influência que exerce sobre os irmãos, os sentimentos negativos que gera no seio familiar levam os pais a procurar ajuda, pelas dificuldades na gestão dos comportamentos e pelo alto nível de stress (Vaquerizo-Madrid, 2005).

Barkley (2002) refere que as rotinas diárias da vida de uma família podem nas famílias de crianças com PHDA tornar-se autênticas batalhas o que, associado a todos os outros fatores da problemática, leva a que estes pais apresentem níveis elevados de stress quando comparados com os restantes pais, assim como mais problemas conjugais e maior suscetibilidade ao consumo de álcool e droga e de depressão. Ao serem pais que controlam mais o comportamento dos seus filhos, que necessitam de estar em alerta permanente para ajudar os seus filhos no seu autocontrolo, com o passar do tempo este grau de interação pode tornar-se um fator de stress.

Ao entrar na escolaridade obrigatória, as famílias vêm-se confrontadas com mais uma fonte de angústia, pois agora, além de terem de gerir os problemas de comportamento dos seus filhos em casa, acrescenta-se o peso da necessidade de os ajudar a responder às necessidades sociais e académicas da escola. Nesta etapa das suas vidas precisam de lidar constantemente com as queixas dos professores que ainda consideram os problemas destas crianças como decorrentes de problemas em casa ou de falta de educação. O peso acrescido da realização dos trabalhos de casa que muitas vezes se torna mais um tempo de conflito no seio destas famílias e o confronto com um desempenho académico irregular são outros fatores de stress com que estas famílias terão de lidar durante todo o percurso escolar (Barkley, 2002).

Santos (2008) na sua investigação constatou que as mães das crianças com PHDA que reprovaram maior número de vezes, sentem mais dificuldade em aceitar as características específicas dos filhos e não os consideram como fonte de reforço positivo na interação com eles, revelam-se também menos disponíveis para a criança

e exprimem menos o seu apoio afetivo. Refere ainda que as mães que lidaram de uma forma mais negativa com o diagnóstico de PHDA sentem-se menos competentes no seu papel parental e que as mães das crianças com PHDA tipo misto se sentem menos vinculadas aos filhos e mais deprimidas.

Outros estudos têm revelado que os pais de crianças com problemas de comportamento apresentam baixa autoconfiança em relação ao seu papel parental, menor envolvimento na interação com os seus filhos e recorrem mais a punições (Silva, 2008). Trivette et al. (2010) verificaram que, por sua vez, a satisfação parental e o bem-estar dos pais, interferem direta ou indiretamente nas interações pais-filhos e no desenvolvimento e comportamento da criança, o que pode ser um indicador importante no planeamento da intervenção.

Tem sido também demonstrada a existência de diferenças nos níveis de stress parental de crianças com problemas de desenvolvimento, PHDA ou doença crónica e de crianças com desenvolvimento normal (Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2009; Santos, 2002; Santos, 2008). No caso das crianças com PHDA, especialmente as de idade pré-escolar, o stress é tanto maior quanto mais intensos forem os problemas de comportamento da criança e surge associado a práticas parentais mais negativas (Barkley, 2002; Bellé et al., 2009; Santos, 2008).

Além do aumento dos níveis de stress parental, têm surgido evidências de que, ter uma criança com PHDA, aparece relacionado com alterações na relação conjugal e familiar e diminuição da competência parental (Johnston & Mash, 2001).

Os problemas de comportamento são considerados, não só potenciadores de stress, mas também fatores de risco de maus tratos infantis. No entanto, para a avaliação do risco é necessário ter em conta não só os fatores de risco, mas também os fatores protetores e de agravamento (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2011; Dias, 2010).

Enquanto os fatores de risco dizem respeito às influências que possam aumentar a probabilidade de ocorrência de maus tratos, os fatores protetores incluem variáveis que minimizam o impacto dos primeiros. Os fatores agravantes dizem respeito a circunstâncias da vida da família que possam alterar o equilíbrio entre os dois primeiros fatores e potenciar a existência de maus tratos. Como se pode ver então, é

evidente que os fatores de risco da criança por si só não conduzem a maus tratos, no entanto a dinâmica entre estes três conjuntos de fatores pode desencadear essas situações (DGS, 2011; Alves, 2007 cit in Dias, 2010).

Relativamente aos fatores de risco, é possível fazer uma distinção entre os fatores de risco na criança, na família e nos contextos de vida. Os primeiros englobam, as alterações de comportamento, tais como a hiperatividade, o temperamento difícil, a agressividade, oposição, assim como a excessiva dependência ou alheamento, algum tipo de défice ou doença crónica, alterações nos ritmos alimentares ou de sono e a insatisfação das expectativas parentais. Quanto aos fatores de risco na família e nos contextos de vida, os autores consideram défices nas competências parentais, stress parental, relações familiares conflituosas, ausência de suporte social, alterações da saúde física ou mental que interfiram na capacidade para dar resposta às exigências da criança, padrão disciplinar punitivo, entre outros (DGS, 2011; Alves, 2007 cit in Dias, 2010).

No outro prato da balança podemos encontrar os fatores protetores que em relação à criança incluem um desenvolvimento e aprendizagem adequada, um temperamento fácil, autonomia e vinculação segura. Em relação à família e aos contextos de vida, contribuem para minimizar o impacto dos fatores de risco, a perceção de competência parental, um bom suporte familiar e social, com acesso aos serviços e integração na comunidade, assim como segurança económica (DGS, 2011).

Como perturbadores do equilíbrio desta balança, podem surgir os fatores de agravamento entre os quais se destaca o desemprego, o divórcio ou ruturas familiares, o luto e doença súbita grave (DGS, 2011).

Tendo em conta que as crianças com PHDA possuem inúmeros fatores de risco inerentes à sua problemática, apresentam uma redução significativa dos fatores protetores e muitas vezes ainda pertencem a famílias nas quais surgem fatores de agravamento, podemos então considerar que as crianças com PHDA estão em risco de se tornarem potenciais vítimas de maus tratos infantis.

Importa ainda referir que, associadas ao stress parental podem também estar as preocupações parentais, preocupações essas que, exacerbadas pelos sintomas da

criança, muitas vezes, vão além dos problemas reais e dos sintomas apresentados e dependem do exercício da sua parentalidade. É a forma como gerem emocionalmente estas preocupações que lhes irá permitir estar atentos às necessidades dos seus filhos e estar motivados para os ajudar a crescer, ensinando, motivando e confortando (Algarvio, Leal & Maroco, 2010).

2.3.2. Stress parental e apoio social

Apoio social é um processo dinâmico que envolve trocas entre os indivíduos e as suas redes sociais com vista a completar os seus recursos pessoais de modo a dar resposta às suas necessidades. Este apoio diz respeito às “ajudas” prestadas por grupos ou pessoas significativas (família, amigos ou vizinhos) em determinadas situações, porém, o que conta para as famílias é a perceção que têm do apoio recebido, que está relacionado com a satisfação e com a crença de que têm alguém com disponibilidade e que se interessa por eles (Martins, 2005; Matos & Ferreira, 2000; Serrano, 2007).

Serrano (2007) refere que as famílias de crianças de risco ou com NEE têm necessidade de recorrer a apoio para o exercício do seu papel parental e que independentemente da quantidade e intensidade desse apoio recorrem quer a apoios formais quer informais.

Dunst, Trivette & Deal (1988, cit in Jung, 2010) consideram que o apoio formal é criado para dar resposta às necessidades específicas das famílias e inclui os serviços e profissionais dos mesmos.

Por outro lado o apoio informal é aquele que é prestado por pessoas que fazem parte da vida das famílias e a quem recorrem quando precisam de ajuda ou apoio (família alargada, amigos, vizinhos, associações, grupos religiosos). Este tipo de apoio representa uma potencial fonte de mudança e adaptação para as famílias e por vezes, tem um papel mais significativo na vida das famílias do que o apoio formal (Dunst, 1995 cit in Serrano, 2007; McWilliam, 2003a).

Para Maturuka et al. (2007) o apoio formal fornece às famílias essencialmente suporte informacional, sendo o suporte emocional essencialmente fornecido pelas redes de apoio informal.

Considera-se que o apoio social seja ele formal ou informal tem repercussões no bem-estar e na saúde, independentemente do nível de stress, pelo que quanto menor for o apoio, maior a probabilidade de alterações ao nível do bem-estar físico e psíquico do indivíduo e que o stress só teria impacto negativo, caso a rede de apoio social fosse muito restrita (Martins, 2005).

A investigação tem indicado que um bom suporte social está associado à diminuição do stress parental, o que se traduz em comportamentos parentais mais adequados, melhoria na interação e nos afetos, logo numa maior satisfação com o papel parental (Mixão et al., 2010). Por seu lado, Trivette et al. (2010) nos seus estudos verificaram que a essa perceção de competência parental e o bem-estar dos pais tem impacto, não só nas interações pais-filhos, mas também no desenvolvimento e comportamento da criança. Logo, não mobilizar os recursos e apoios necessários para responder às necessidades das famílias das crianças com PHDA, pode por em risco o funcionamento e o bem-estar das famílias e repercutir-se no desenvolvimento das crianças (Serrano, 2007).

O apoio social tem também um papel decisivo no stress, uma vez que se o indivíduo percebe que pertence a uma rede social irá viver as situações de stress com uma intensidade menor, logo o apoio social pode ser considerado um fator atenuante do impacto do stress (Martins, 2005; Serra, 2002).

Moreira (2010) e Maturuka et al. (2007), nos seus estudos concluíram que existe uma correlação significativa entre a Satisfação com o Suporte Social e o Stress Percebido pelos pais/mães de crianças com PHDA, referindo que este diminui à medida que aumenta o Suporte Social. A perceção do suporte social está relacionada com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, diminuindo a satisfação com o suporte social percebido à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA.

A sensação de impotência no controlo do comportamento dos seus filhos pode traduzir-se nos pais em depressão e baixa autoestima em relação à percepção das suas competências parentais. Frequentemente estas famílias têm uma rede social muito restrita e podem até vivenciar situações de isolamento social, porque os amigos, familiares e vizinhos, muitas vezes evitam o contacto com a família, contribuindo também para aumentar os níveis de stress (Barkley, 2002).

Ao nível do apoio fornecido entre o casal, Maturuka et al. (2007) referem que é normalmente a mãe a fazer ajustes ao nível dos papéis, das rotinas diárias e da disponibilidade para dar resposta às exigências da criança, pelo que considera que as mães são os potenciais alvos dos fatores de stress.

Providenciar à família os recursos das redes de apoio formal e informal existentes, de modo a criar uma rede de suporte a que a família possa recorrer quando sente necessidade, será o grande contributo dos serviços de IP, que deste modo estarão a tornar a família mais capaz, a melhorar o seu funcionamento familiar e a potenciar o desenvolvimento dos seus filhos (Serrano, 2007).

Em jeito de conclusão, como foi descrito ao longo destes capítulos a PHDA é uma perturbação que pelas suas características causa um impacto significativo na vida das famílias. As alterações de comportamento e o nível de exigência, são muitas vezes fatores de stress, que condicionam a interação e o funcionamento parental. Estas famílias apresentam muitas vezes um fraco sentido de competência parental e sentem-se muitas vezes desafiadas na sua tarefa de educar estas crianças, com uma rede de apoio social muito reduzida.

A intervenção em PHDA deve ser multidirecional e deve abranger a criança, a família e a escola. Há evidência científica do impacto da medicação psicoestimulante nos sintomas principais da PHDA (défice de atenção, impulsividade e hiperatividade) e das suas repercussões na própria criança e consequentemente na família e na escola.

Este estudo pretende conhecer um grupo de famílias de crianças com PHDA do distrito de Viana do Castelo, identificar as suas forças e dificuldades e perceber de que forma é que a introdução de medicação influencia, ou não, a sua perceção de stress parental vivenciado.

II. Metodologia

1.Desenho do estudo

1.1.Breve descrição e objetivos do estudo

Sendo conhecida a relação entre a PHDA e o stress parental e as suas repercussões nas competências parentais, nas interações pais-filhos, na saúde e no bem-estar familiar, este estudo pretende perceber o impacto da PHDA na família, quais as dimensões de stress parental presentes e de que modo é que a introdução de terapia farmacológica o influencia.

Esse conhecimento pode ser importante para ajudar as famílias a compreender que a intervenção atempada e adequada pode fazer a diferença, não só no desenvolvimento e aprendizagem dos seus filhos, mas também no bem-estar familiar geral. Poderá também ser um contributo no planeamento de intervenções mais centradas na família, uma vez que embora seja a criança a portadora dos sintomas, é toda uma estrutura familiar que é afetada, bem como as redes sociais que a suportam.

1.2.Tipo de estudo e questões de investigação

Esta investigação concretizou-se através de estudo exploratório com recurso a metodologia qualitativa de estudo de caso, uma vez que pretende compreender e descrever as dimensões de stress parental presentes nas famílias de crianças com PHDA e a perceção dos pais em relação ao efeito da terapêutica farmacológica no stress sentido. Este estudo comporta uma amostra de famílias de Viana do Castelo e os dados serão recolhidos em grupos de discussão focalizada.

A escolha do método qualitativo de estudo de caso deve-se ao facto de se considerar que este se adapta melhor à realidade que se pretende avaliar, é mais sensível a captar e a retratar o fenómeno em estudo (Lincoln & Guba, 1985; Patton, 2002). Deste modo é possível perceber a realidade de forma mais dinâmica, relacionando-a com a

história individual e com os contextos (Almeida & Freire, 2003; Stake, 2009). O estudo de caso é então considerado “uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização” (Fortin, 2000, p.164) e pretende estudar o efeito de uma mudança nesse mesmo indivíduo ou grupo.

A pesquisa qualitativa tem ainda o potencial de aumentar a nossa compreensão acerca das crianças com NE e das suas famílias, assim como dos desafios de educar uma criança com PHDA. Entender o contexto é outro dos aspetos fundamentais das metodologias qualitativas, inclusive para a análise dos dados obtidos (Sandall, Smith, Mclean & Ramsey, 2002).

Apesar das críticas, nomeadamente a subjetividade nas análises e conclusões, assim como a dificuldade em generalizá-las, a metodologia qualitativa também tem os seus métodos para garantir a fiabilidade e a generalização. Além disso tem muitas vantagens, uma vez que nas ciências sociais, dada a complexidade e a natureza do ser humano, há áreas que a estatística não permite medir (Silverman, 2000 cit. in Pontes, 2010).

Esta metodologia pode envolver várias formas de recolha de dados, nomeadamente entrevistas, observações, análise de documentos ou combinações das várias formas (Sandall et al., 2002). Depende fortemente do investigador e da sua visão subjetiva dos dados, o que segundo Patton (1990) se torna simultaneamente a sua maior força e a sua fragilidade.

Coutinho (2008) refere que a investigação será tão boa quanto o seu investigador, ou seja são as suas qualidades (criatividade, flexibilidade e sensibilidade) e reflexão que irão permitir a produção de conhecimento científico e que determinarão a validade e fiabilidade do estudo qualitativo.

Assim, neste estudo, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- a) Que dimensões de stress parental estarão presentes nas famílias de crianças com PHDA?
- b) Como será a perceção das competências parentais destas famílias?
- c) Qual será a perceção do apoio social formal e informal disponível?
- d) Qual é a perceção dos pais em relação ao efeito da terapêutica farmacológica?

1.3.Participantes

Este estudo utilizou uma amostra de conveniência uma vez que foi constituída por pais de crianças com diagnóstico de PHDA, da consulta de PHDA da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM): Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo, que aceitaram fazer parte desta investigação e foi recolhida através do método de amostragem não probabilístico.

A amostra é constituída por 21 famílias das quais participaram nos grupos de discussão focalizada, 18 mães e 3 pais, com uma média de idades de 37 anos, que varia entre os 28 e os 47 anos. Das famílias que colaboraram, 3 são famílias monoparentais (1 solteira e 2 divorciadas) e os restantes 18 são casados ou vivem em união de facto, embora quatro deles tenham o pai a viver e a trabalhar fora, não tendo diariamente partilha das exigências e responsabilidades parentais.

Relativamente à escolaridade, há 3 pais com o 4º ano, 1 com o 6º ano, 10 com o 9º ano, 6 com o 12º ano e 1 com licenciatura. Quanto à sua situação profissional, 7 pais estão desempregados em média há cerca de 2 anos e dos restantes 14 que têm emprego, 12 trabalham por conta de outrem e 2 por conta própria.

No que diz respeito ao subtipo de PHDA dos filhos dos participantes, 17 apresentam PHDA tipo misto (81%), 3 do género feminino e 14 do género masculino e apenas 4 apresentam PHDA tipo predominantemente desatento (19%), sendo 3 do género feminino e 1 do género masculino. Quanto ao género constata-se que nesta amostra existem 6 crianças do género feminino (29%) e 15 do género masculino (71%).

O tipo de metilfenidato que lhes foi prescrito, segundo as médicas da consulta, depende de vários fatores: a) se a criança consegue, ou não, engolir comprimidos, uma vez que uns podem ser esmagados e outros não; b) do tipo de PHDA, por exemplo os predominantemente desatentos podem necessitar apenas de medicação durante o período escolar, pelo que se pode optar por MTF de ação curta; c) o impacto que a PHDA tem na dinâmica familiar, pelo que nesses casos o MTF de longa duração é a primeira escolha ou; d) numa primeira fase do tratamento, por questões económicas, por vezes opta-se pelo MTF de ação curta até serem aferidas as doses para obter a resposta pretendida por parte da criança. No entanto ambas consideram

o MTF de longa duração, o medicamento de primeira escolha, sempre que seja possível, quer porque não tem picos de ação ao longo do dia quer porque consideram que é importante para a família passar tempo de qualidade com os seus filhos.

Dos filhos das famílias participantes, 48% está medicado com MF de ação longa – Concerta®, 43% com MTF de ação curta – Rubifen® e 9% com MTF de ação intermédia – Ritalina LA®.

1.4.Instrumentos de recolha de dados

- Questionário Sociodemográfico (QSD)

Trata-se de um questionário com questões fechadas, distribuídas por três secções: dados relativos à criança, dados relativos aos pais e dados relativos ao apoio social. Com este questionário pretendia-se fazer uma descrição detalhada de cada criança e das suas famílias, assim como do apoio familiar disponível.

Este questionário foi aplicado a todos os pais que aceitaram fazer parte desta investigação, logo após a consulta em que foi explicado e feito o diagnóstico de PHDA aos seus filhos.

- Grupos de discussão focalizada

Os grupos de discussão focalizada (*focus group*) são uma metodologia que se tem revelado muito útil na investigação no âmbito das ciências sociais e humanas (Harper & Ellertson, 1995). É uma técnica de investigação que permite recolher dados sobre um tópico definido pelo investigador, através da interação em grupo.

São frequentemente utilizados como apoio à construção de questionários e, entre outras aplicações, no presente estudo têm como objetivo identificar as dimensões de stress parental presentes e de que forma é que a introdução de terapêutica farmacológica pode influenciar esses fatores de stress. A grande vantagem desta metodologia passa por ser uma forma rápida e fácil de obter dados tão fiáveis como, os

recolhidos através de entrevistas individuais, permitindo recolher uma quantidade significativa de informação sobre as temáticas visadas pelo investigador (Morgan, 1997).

Por outro lado é uma metodologia que permite uma aproximação da avaliação ecológica da família, uma vez que nos possibilita escutar as famílias para melhor conhecer os seus sentimentos, preocupações, necessidades e recursos. Esta compreensão da família é indispensável para posteriormente programar uma intervenção significativa e relevante, uma vez que a criança se desenvolve nos seus contextos de vida diária, sob as influências do meio. Essas influências exercem sobre a criança efeitos diretos e indiretos, sendo os cuidadores naturais, que passam mais tempo com a criança, os que têm as melhores oportunidades para exercerem efeito direto no desenvolvimento da criança (Jung, 2010).

Para uma intervenção centrada na família, os profissionais de IP precisam de compreender as famílias, os seus recursos formais e informais e as suas interações nos seus contextos de vida, de modo a promoverem experiências e oportunidades que as capacitem e responsabilizem, ajudando-as a utilizar esses recursos para responder às suas necessidades (Dunst, Trivette & Deal, 1988 cit in Carvalho, 2002; Serrano & Correia, 2000; Serrano, 2007). Além disso precisa de assumir perante as famílias que as suas forças, capacidades, valores, crenças e escolhas vão ser reconhecidas e respeitadas e que o seu papel como profissionais passará essencialmente pela disponibilização de meios para que possam utilizar as suas competências (Boavida, Espe-Sherwindt & Borges, 2000; Serrano & Pereira, 2011).

Deste modo, conhecer e entender as redes de apoio social da família, é fundamental para a planificação e implementação de serviços de IP de qualidade (Serrano, 2007). Além de que, como já foi dito, a qualidade do apoio prestado pelas redes de apoio formal e informal, têm um papel fundamental na capacidade para lidar com o stress e a perceção de bem-estar familiar (Santos, 2009).

Esta metodologia de recolha de dados, permite reunir todos estes aspetos da avaliação ecológica da família, mas também a informação necessária para dar resposta às questões de investigação, porém Morgan (1997) refere quatro regras consideradas fundamentais em estudos com grupos de discussão focalizada:

- a) utilizar uma amostra homogênea de desconhecidos;
- b) seguir um guião relativamente estruturado e haver alto envolvimento por parte do moderador;
- c) organizar grupos com 6 a 10 participantes;
- d) realizar entre três a cinco grupos.

Realizaram-se quatro grupos de discussão focalizada, em três concelhos do distrito de Viana do Castelo (Ponte de Lima, Valença e Viana do Castelo). Estes grupos foram constituídos pelos pais que aceitaram fazer parte do estudo e que já tinham preenchido num primeiro momento o questionário sociodemográfico, foram agrupados pela sua área de residência e disponibilidade de modo a facilitar a vida das famílias. Tendo em mente as regras de criação dos grupos de discussão focalizada e esta gestão de disponibilidades e de áreas de residência formaram-se então 4 grupos:

Grupo 1 – Viana do Castelo, constituído por 4 mães e 2 pais;

Grupo 2 – Valença, com 3 mães e 1 pai;

Grupo 3 – Viana do Castelo, formado por 5 mães;

Grupo 4 – Ponte de Lima, com 6 mães.

Como se pode verificar, dois dos grupos não cumprem as orientações relativas ao número de participantes, no entanto todos foram formados com essas linhas orientadoras, não se tendo concretizado, por indisponibilidade de alguns pais, que no dia combinado não puderam estar presentes.

1.5.Procedimentos

Antes da recolha de dados foi pedido aos pais das crianças a autorização para a participação nesta investigação, através da declaração de consentimento informado, na qual foi feita referência à confidencialidade e anonimato.

Este estudo foi realizado no âmbito da consulta de PHDA da ULSAM, cuja equipa é constituída por uma pedopsiquiatra, uma pediatra de desenvolvimento, uma psicóloga e um assistente social.

Após a atribuição do diagnóstico de acordo com a avaliação realizada pelos vários elementos da equipa e baseada nos critérios definidos pelo DSM-IV- TR (APA, 2002), uma das médicas da consulta de PHDA ou a psicóloga da mesma explicou à família o objetivo do estudo o seu objetivo. Foi-lhes solicitado o consentimento informado, por escrito, após o qual lhes foi entregue o questionário sociodemográfico que foi preenchido pelo pai ou pela mãe.

Num segundo momento foi combinado com as famílias a data e o local da realização dos grupos de discussão focalizada. Os grupos tiveram a duração de cerca de 90 minutos. Foi utilizado um guião estruturado com as questões a abordar e o moderador assumiu um papel ativo na condução das sessões, já que “abordagens mais estruturadas dos grupos de discussão focalizada são especialmente úteis quando existe uma forte agenda prévia da parte do investigador. Quer a entrevista estruturada quer um elevado nível de envolvimento do moderador contribuem para ir ao encontro dessa agenda” (Morgan, 1997, p. 39), tal como aconteceu neste estudo.

Com esta metodologia, são as pessoas entrevistadas que criam a sua resposta, não ficando limitadas a opções de resposta criadas por uma escala ou pelo investigador (Creswell, 2002). Neste estudo optou-se por uma entrevista parcialmente estruturada, pelo que foi elaborado um guião, construído com base na revisão da literatura e organizado em função dos vários fatores de stress propostos por Abidin (1995, cit por Abidin & Santos, 2003) reconhecidos como válidos e universais, nomeadamente as características da criança (distração/hiperatividade, humor, exigência, maleabilidade de adaptação, aceitação e reforço), as características dos pais (perceção da competência parental) e os fatores contextuais (relação de casal, apoio social e saúde).

A existência de um guião previamente pensado e estruturado, organizado por dimensões criadas a partir da literatura, possibilita alguma segurança ao investigador, que terá sempre um apoio para não se desviar das suas questões de investigação. O facto de apresentar uma estrutura flexível facilita uma condução da entrevista na direção da resposta às questões de investigação, mas por outro lado permite manter um diálogo fluente com os entrevistados bem como a exploração de novos tópicos. Durante as entrevistas, por vezes, foi sentida a necessidade de reformular ou resumir o que tinha sido dito, quer para confirmar se a mensagem tinha sido compreendida quer para solicitar mais informação ou fazer a ponte para outras questões (Patton, 2002). A

existência do guião possibilita ainda que outros possam consultá-lo para chegar aos resultados obtidos e facilita a análise dos resultados (Merriam, 1998; Patton, 2002).

Como não seria possível recordar ou tirar notas de tudo o que é dito durante as sessões e simultaneamente praticar uma escuta ativa, as entrevistas foram gravadas, com autorização das famílias, para que, durante o processo de escrita, a informação transmitida pudesse ser o mais fiel possível às palavras dos entrevistados (Seidman, 1998).

Guião dos Grupos de Discussão Focalizada
1. Introdução. Apresentação dos objetivos do estudo
2. Gostaríamos que nos descrevessem os vossos filhos
3. Em que é que estas características interferem com o vosso dia-a-dia?
4. Numa escala de 1 a 10 classifiquem o vosso nível de stress antes e após a medicação.
5. Quais são as vossas maiores preocupações e dificuldades enquanto pais?
6. Como é que tentam gerir o comportamento dos vossos filhos e como é que se sentem enquanto pais?
7. Que tipo de apoios é que dispõem (da família, amigos ou comunidade) e qual é a importância que têm?
8. Como é que acham que os outros veem os vossos filhos?

Quadro 1: Guião de perguntas para os grupos de discussão focalizada

2. Análise de dados

A informação recolhida no decorrer da investigação é muita, pelo que o desafio que se coloca ao investigador é o processo utilizado para simplificá-la e resumi-la de modo a que possa ser tratada através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica utilizada para o tratamento de informação recolhida através de entrevistas ou documentos (Bardin, 2006).

Para tal, existem algumas linhas orientadoras que nos permitem estruturar a investigação, nomeadamente a *Constituição do corpus* (transcrição das entrevistas), a *Separação em unidades* (cada entrevista analisada em segmentos pertencentes às dimensões previamente criadas), a *Especificação do sistema de categorias* (classificar conceptualmente as unidades que se referem a um mesmo tópico), a *Aplicação do sistema de categorias às unidades de registo* (reler as entrevistas de modo a seleccionar a que categoria pertence cada informação) e a *Verificação das categorias* (avaliar a necessidade de reajustar as categorias para tornar a interpretação dos resultados mais explícita) (Carmo & Ferreira, 1998).

Neste estudo o sistema de categorias foi elaborado com base na literatura, através de uma análise dedutiva. Com o decorrer da investigação e com a análise dos dados das entrevistas foi sendo necessário reformular/criar novas categorias ou subcategorias através de uma análise indutiva (Patton, 2002).

Segundo Merriam (1998) os sistemas de categorias deverão ter determinadas características, de acordo com as quais foram elaboradas as do presente estudo, nomeadamente, devem: a) ser exaustivas, devendo conter toda a informação relevante para a categoria; b) ser exclusivas, em que cada informação deverá apenas ser possível de incluir numa das categorias; c) ser independentes, sendo que a classificação de um dado, não afeta a classificação de outro; d) refletir o objetivo da investigação e o nome das categorias refletir os dados que representa.

Além da *fase de categorização*, Bardin (2006) refere ainda mais duas etapas dos procedimentos sistemáticos e objetivos da análise de conteúdo, a fase de inferência e a fase de interpretação. Na fase de inferência, tal como o nome indica inferem-se informações sobre o emissor e os contextos, através da análise das mensagens. Na

última fase, de interpretação, procede-se à atribuição de significado às informações analisadas (ibidem).

Para que a análise efetuada fosse mais fiável, as entrevistas, a sua categorização e interpretação foram analisadas e discutidas com uma das orientadoras e uma psicóloga da equipa que estiveram presentes nos grupos de discussão focalizada. Baseada nas categorias e subcategorias relativas ao stress parental criadas por Abidin (cit. in Abidin & Santos, 2003) e na análise das informações recolhidas, foram criadas as categorias e subcategorias descritas no quadro seguinte.

Categoria	Subcategoria	Definição
Domínio da criança	Distração/hiperatividade	Comportamentos que resultam num desgaste de energia parental e que requerem a manutenção de uma vigilância elevada
	Adaptação	Forma como a criança lida com a mudança (teimosia, dificuldade em desistir do que está a fazer, desobediência passiva)
	Exigência	Pressão exercida pela criança em relação aos pais (provocação aberta, agressividade, intromissões e exigência de atenção e cuidados)
	Humor	Choro excessivo, retraimento e depressão
	Aceitação	Satisfação com as expetativas parentais (a criança possuir as características socialmente desejáveis)
	Reforço aos pais	Grau de resposta afetiva positiva resultante da interação
Domínio dos pais	Sentido de competência e vinculação	Quando e como gerir o comportamento e motivação para o papel parental
	Apoio social	Disponibilidade de apoio social formal e informal para o desempenho do papel parental
	Relação de casal	Apoio físico e emocional no desempenho do papel parental e conflito na relação
	Depressão	Prejuízo na disponibilidade dos pais em relação à criança e culpa
	Saúde	Impacto da saúde dos pais na disponibilidade para responder às exigências da criança
	Restrição do papel	Impacto do papel parental na liberdade pessoal dos pais e nos seus outros papéis
	Preocupações parentais	Preocupações dos pais em relação à criança
Impacto da medicação	Impacto na família/criança	Mudanças ocorridas no dia-a-dia da criança e da sua família, após a medicação
	Impacto na escola	Mudanças ocorridas na criança em contexto escolar, após a medicação
	Perceção de stress	Nível de stress percecionado antes e após a medicação

Quadro 2: Sistema de categorias e subcategorias e respetivas definições

3. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise de conteúdo das informações transcritas, recolhidas nas sessões dos grupos de discussão focalizada.

Tal como já foi referido anteriormente, para a realização da análise de conteúdo, as informações foram codificadas e classificadas de modo a serem enquadradas nas categorias previamente pensadas de acordo com a literatura. Ao longo dessa análise foi surgindo a necessidade de reformular essas categorias, bem como de acrescentar novas, de modo a que todo o conteúdo do discurso dos participantes pudesse ser analisado.

Ao longo da análise dos resultados foram incluídos pequenos excertos do discurso direto das famílias para que fosse possível ilustrar e realçar o que foi dito de mais significativo, em relação a cada uma das categorias.

Antes de iniciar a apresentação dos dados considerou-se pertinente identificar os pais participantes, quanto à idade, género, escolaridade e tipo de PHDA dos seus filhos, de modo a que quando forem citados no texto, seja possível associar e compreender os seus comentários.

Pais (nome fictício)	Filhos			
	Género	Idade	Escolaridade	Tipo de PHDA
Vânia	Masculino	7	2º	Misto
Patrícia	Feminino	16	10º	Desatento
Ana	Masculino	10	3º	Misto
Rita	Masculino	7	2º	Misto
Augusto	Masculino	7	2º	Misto
Sara	Masculino	8	3º	Misto
Luísa	Masculino	12	6º	Misto
Fátima	Masculino	8	3º	Misto
Filipa	Feminino	9	4º	Desatento
Esperança	Feminino	9	4º	Desatento
Sónia	Masculino	7	2º	Misto
Catarina	Masculino	8	3º	Misto
Helena	Feminino	8	3º	Misto
Ângela	Feminino	7	1º	Misto
Florinda	Masculino	10	4º	Misto
Tiago	Masculino	7	2º	Misto
Estrela	Masculino	6	1º	Misto
Susana	Feminino	7	2º	Misto
Rute	Masculino	12	6º	Misto
Francisco	Masculino	12	6º	Misto
Carolina	Masculino	8	3º	Desatento

Quadro 3: Identificação dos participantes e dos seus filhos com PHDA

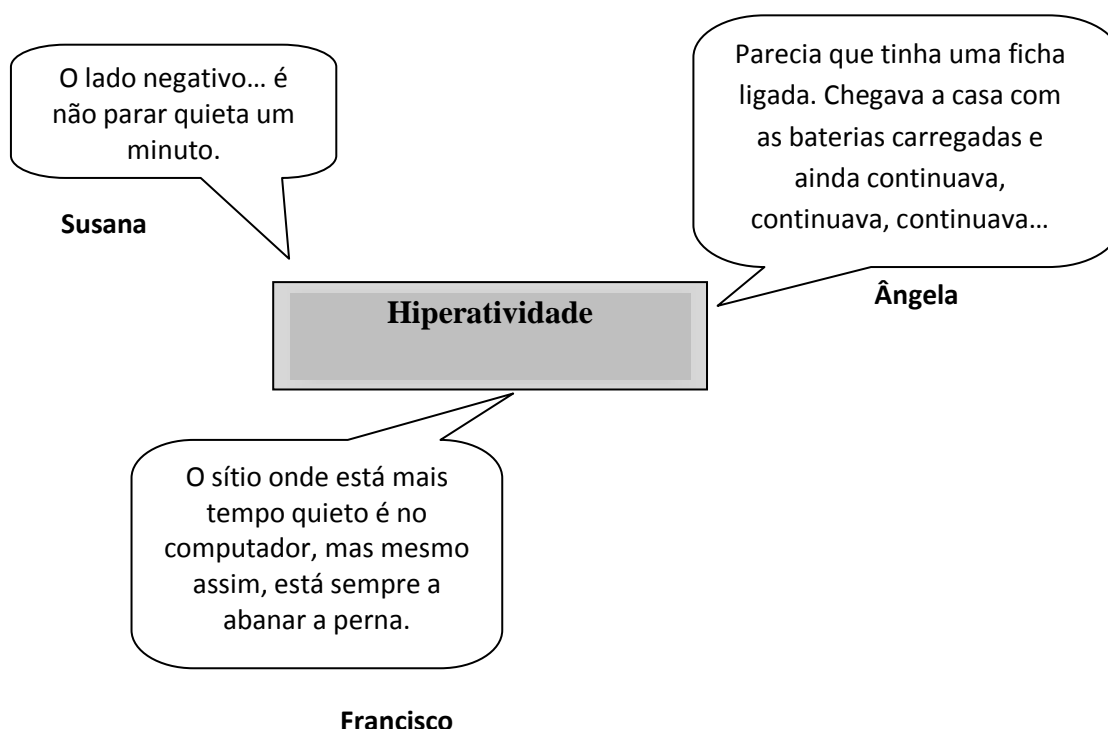
Categoria 1 - Domínio da criança

Relativamente à categoria *Domínio da criança*, tal como já foi referido, esta engloba não só as características de temperamento da criança, como a perceção da figura parental em relação a elas, nomeadamente a satisfação com as competências parentais e a forma como se sentem reforçados afetivamente nas suas interações.

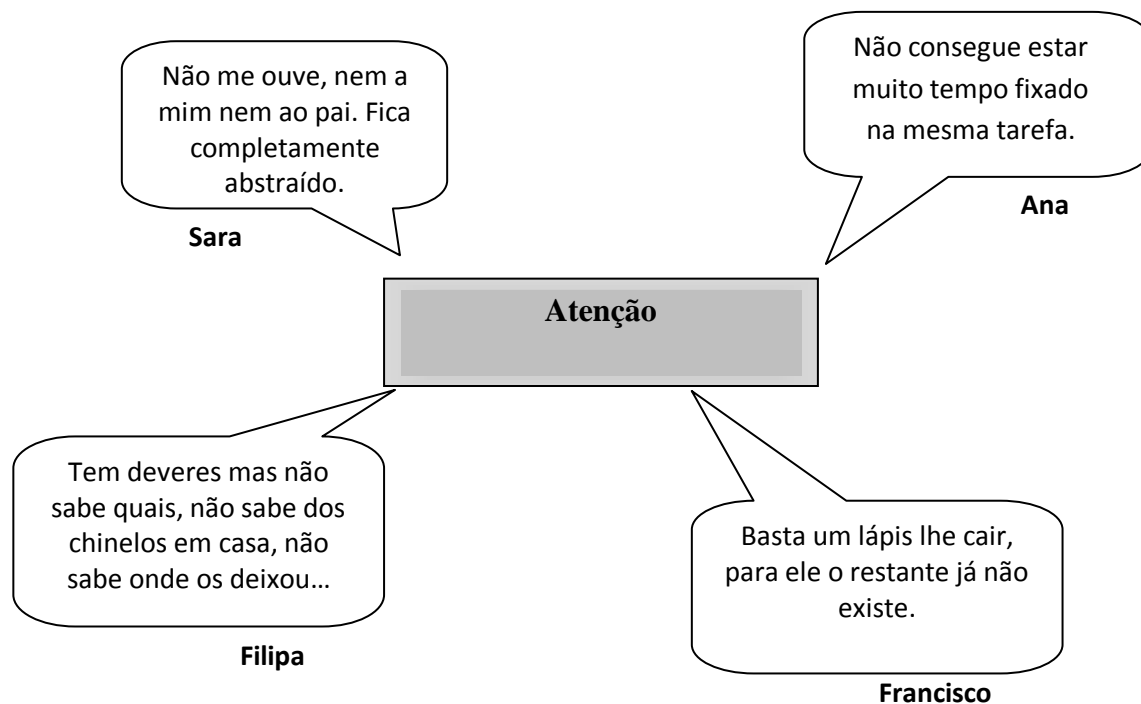
Distração/Hiperatividade

Esta subcategoria refere-se aos problemas de comportamento associados às características da PHDA e que constituem um desgaste acrescido de energia parental, uma vez que requerem uma vigilância permanente. Vamos descrevê-los numa primeira fase, de acordo com os três principais sintomas de PHDA – hiperatividade, défice de atenção e impulsividade – e, numa segunda fase de acordo com o seu impacto nas rotinas da família e na escola.

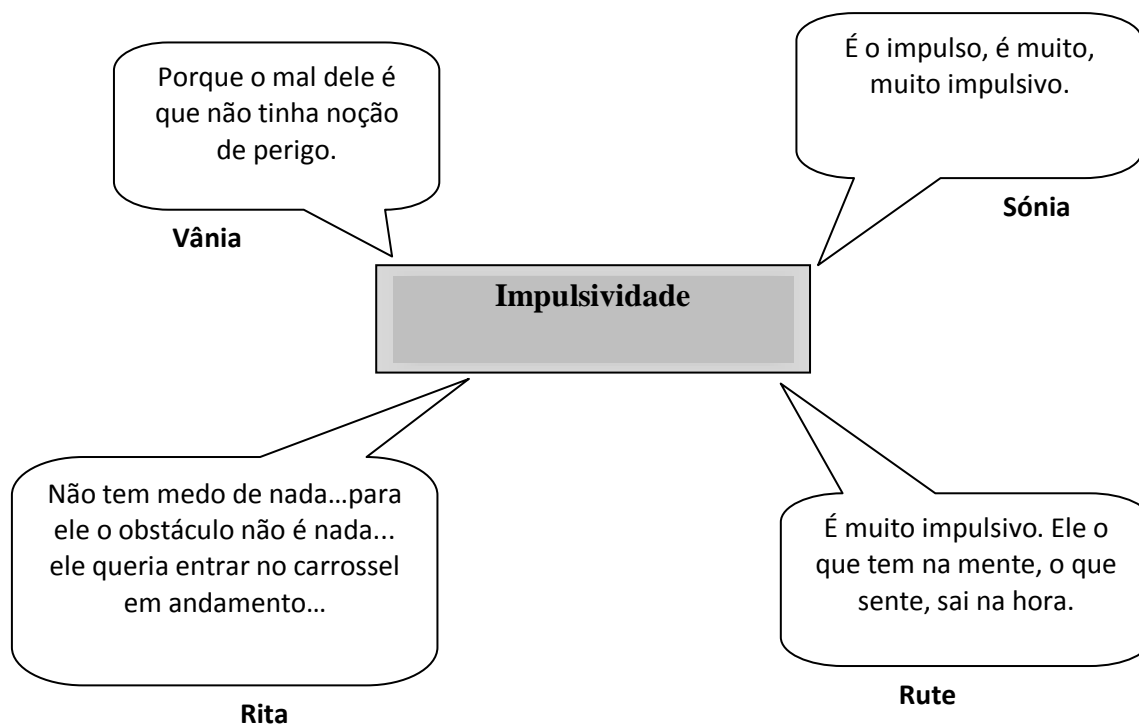
Quanto à hiperatividade, praticamente todos os pais descreveram os seus filhos como crianças com uma energia inesgotável, muito ativas, inquietas e que não param.



Relativamente à atenção, referem que os filhos estão sempre distraídos, que muitas vezes nem ouvem o que se lhes diz e que se esquecem de tudo, desde o sítio onde acabam de deixar alguma coisa, até à tarefa que iam realizar.

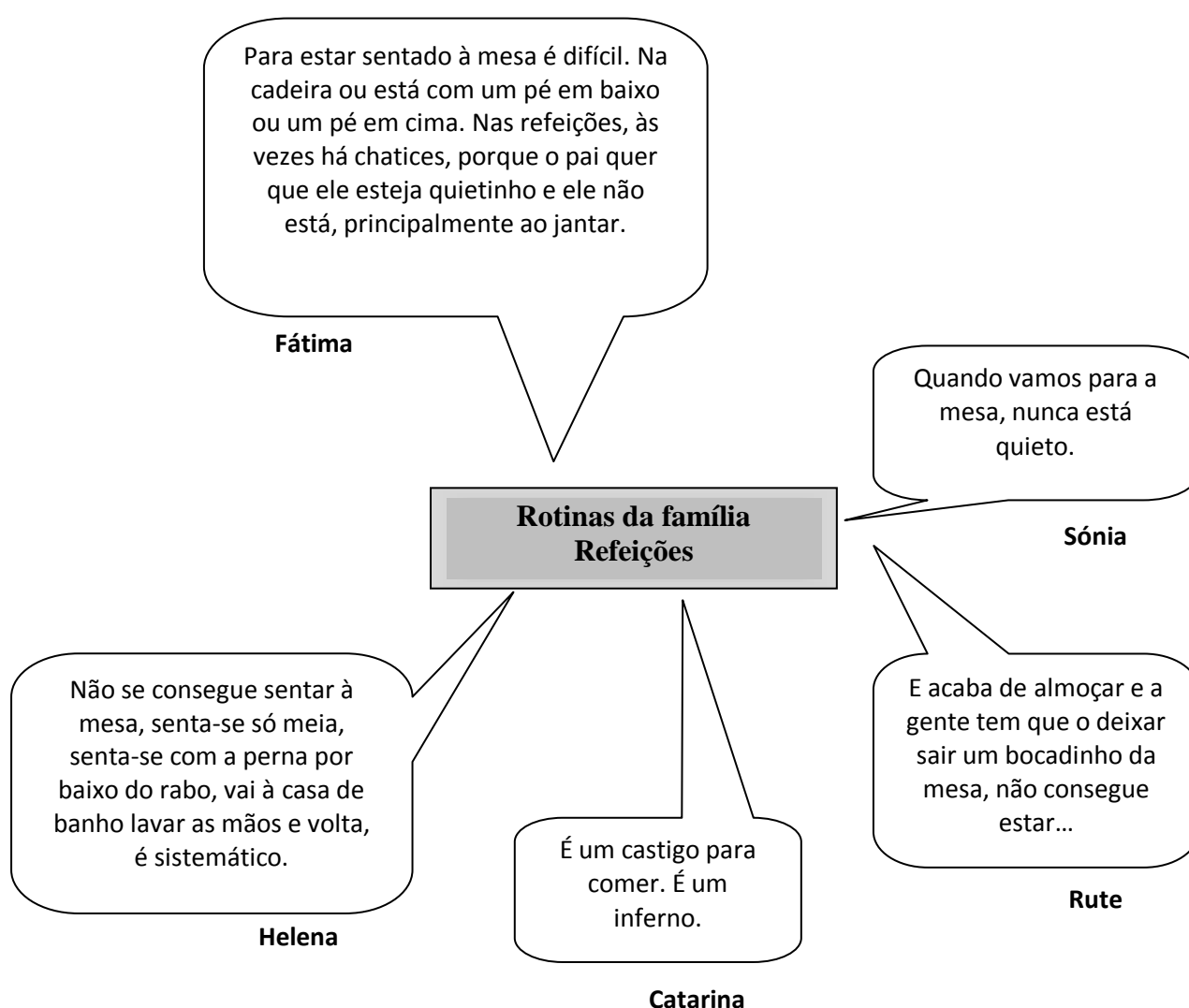


No que se refere à impulsividade, que como já foi referido é uma das características da PHDA, os pais assinalam a impulsividade dos seus filhos e associam-na muitas vezes, à sua dificuldade na noção de perigo.

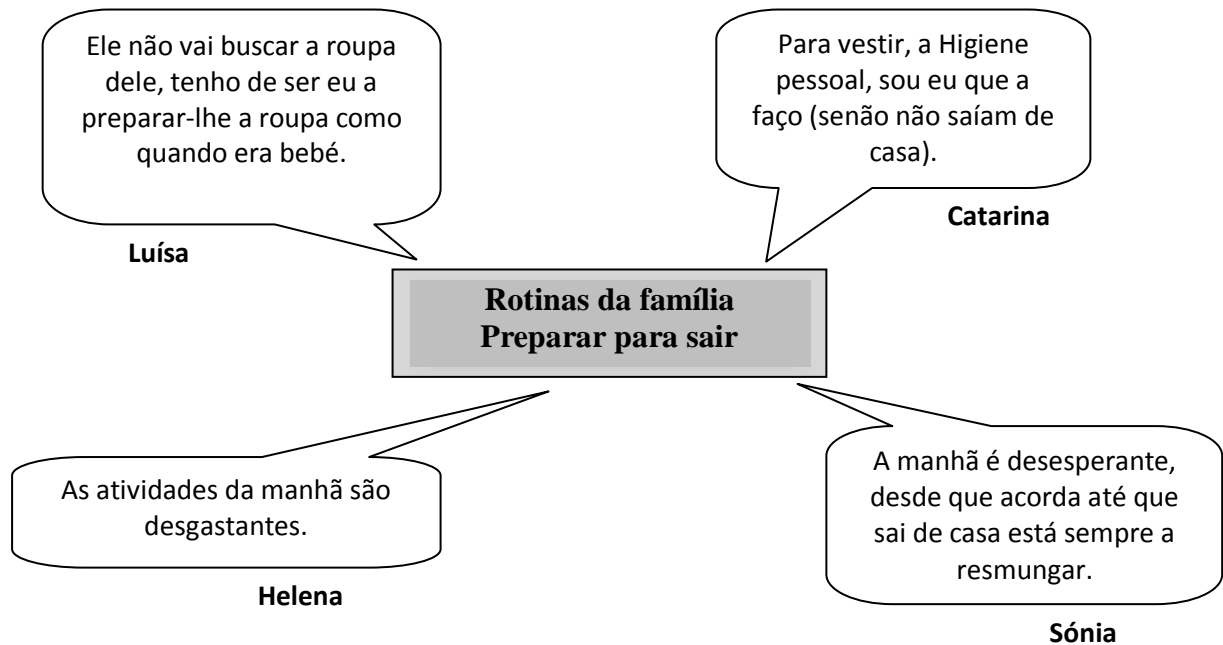


Estas características têm reflexo nas rotinas diárias da família, especialmente nas refeições, no dormir, na realização dos trabalhos de casa, no preparar para sair e nas idas a sítios públicos.

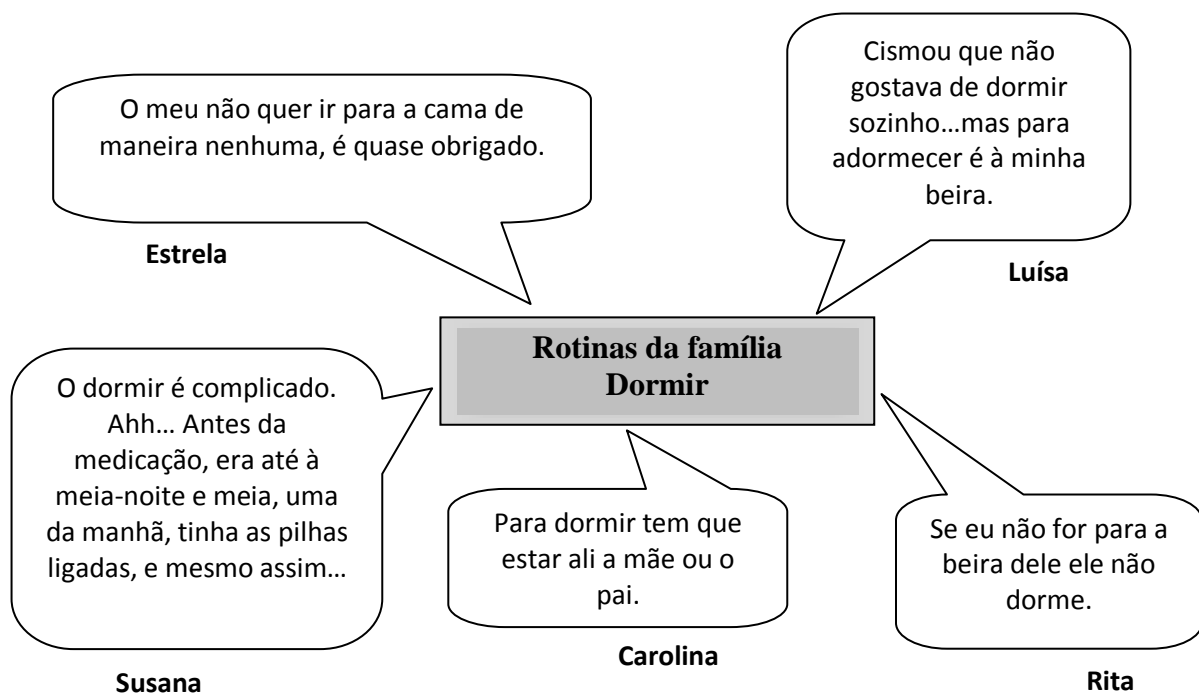
Relativamente às refeições, além da “esquisitice” de algumas crianças em relação a determinados alimentos, que é transversal a qualquer criança ao longo do seu desenvolvimento, as queixas dos pais prendem-se com a dificuldade em permanecer sentados e o ficar à mesa quando acabam a refeição e enquanto os restantes ainda não terminaram.



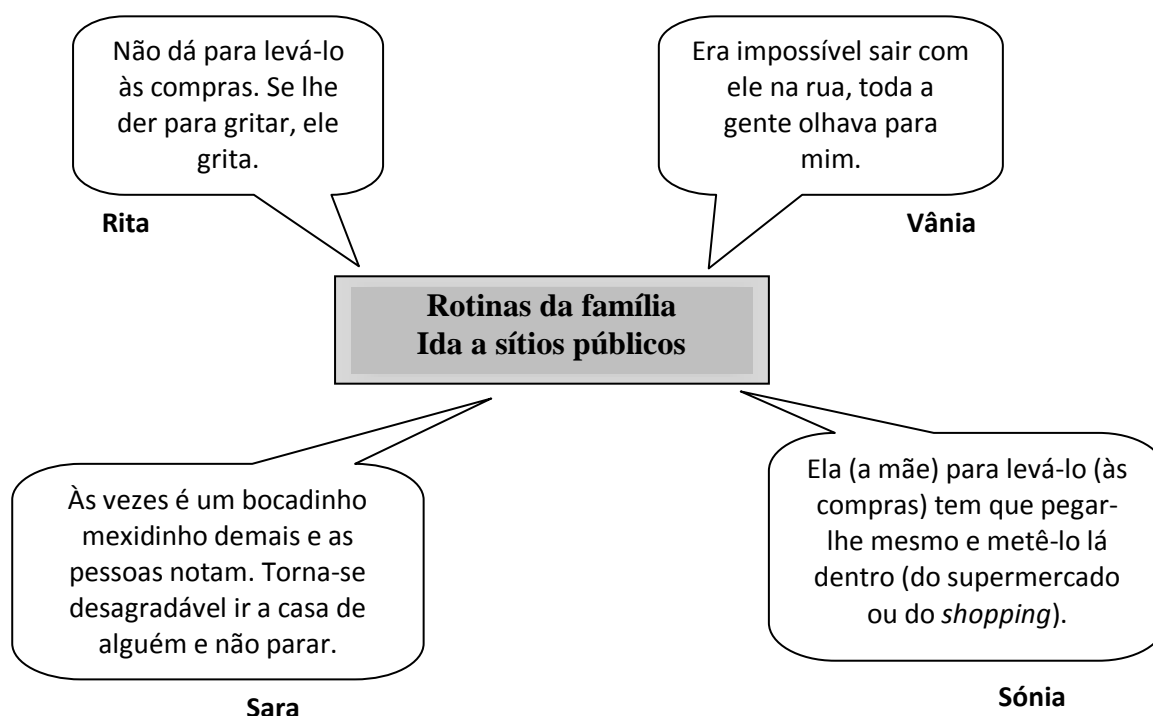
Quanto ao preparar para sair, muitos pais referem um grande desgaste, devido à pouca autonomia ou ao tempo que os seus filhos demoram a preparar-se, porque se distraem e vão intercalando com outras atividades, porque não querem vestir ou não querem comer, ou por vários outros motivos.



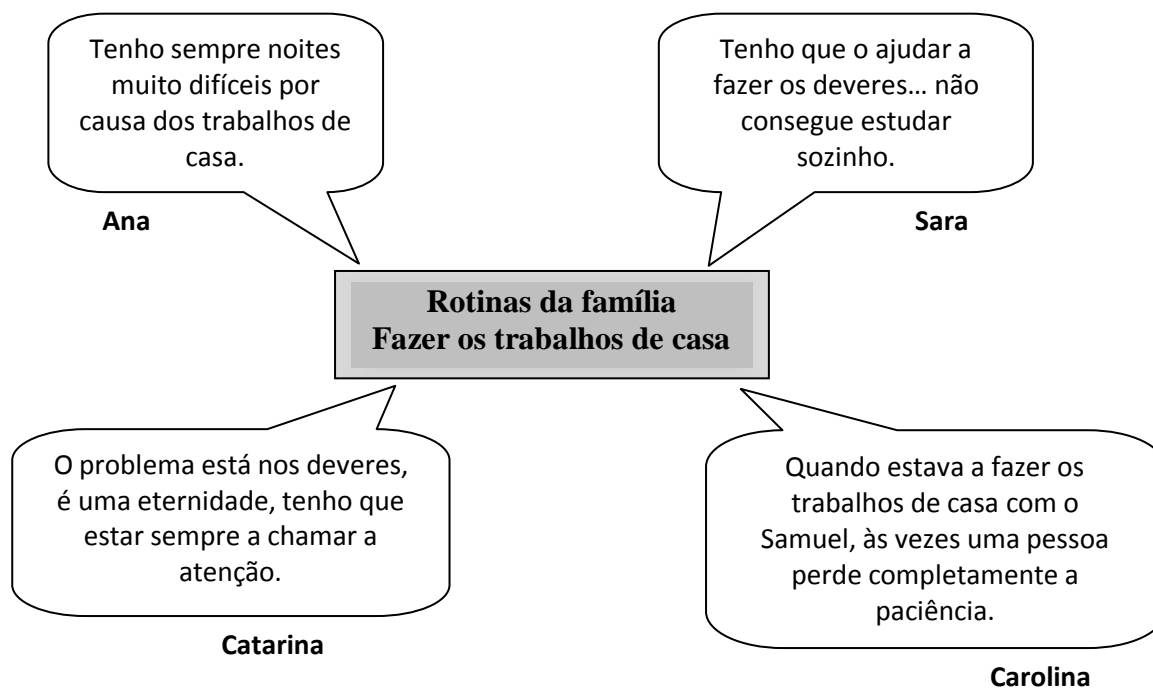
No que se refere ao dormir vários pais se lamentaram da dificuldade que os seus filhos têm em dormir sozinhos ou em adormecer.



Relativamente à ida a sítios públicos, queixam-se apenas os pais de crianças com mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, revelando ao mesmo tempo alguma vergonha pelo comportamento dos seus filhos.

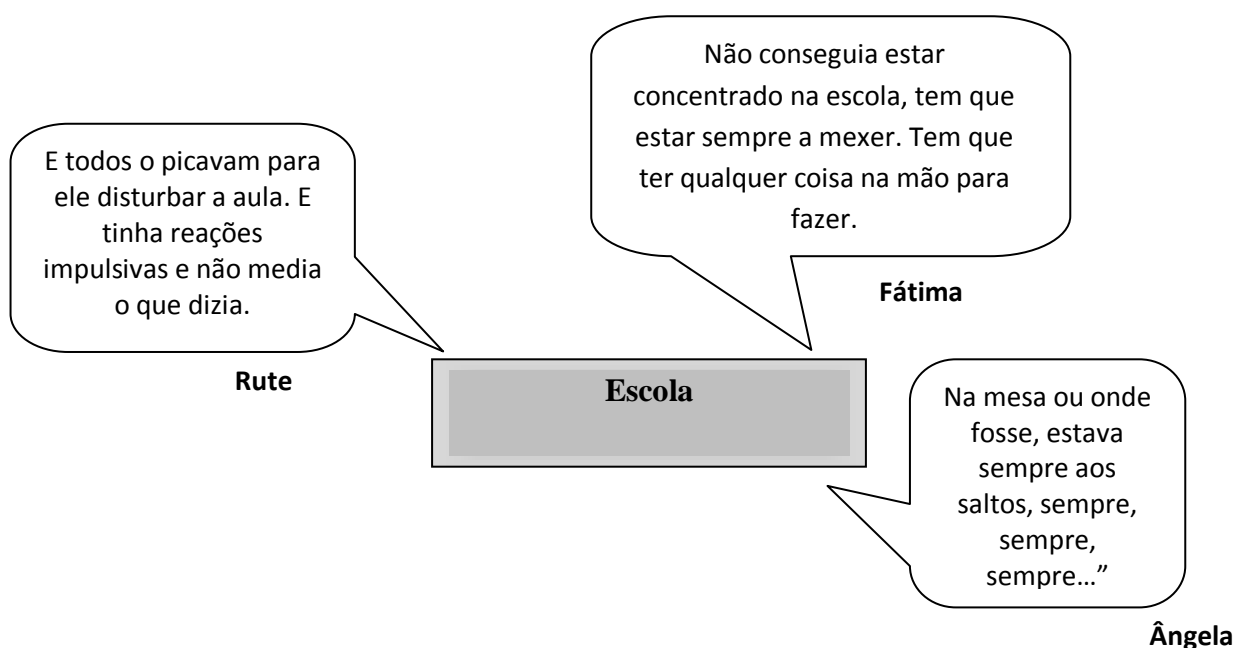


Praticamente a totalidade dos pais, com exceção da mãe da adolescente de 16 anos, concordam que fazer os trabalhos de casa é sempre um momento de stress e de conflito familiar, que os filhos necessitam muito de suporte na sua realização, demoram muito tempo ou não querem fazê-los.

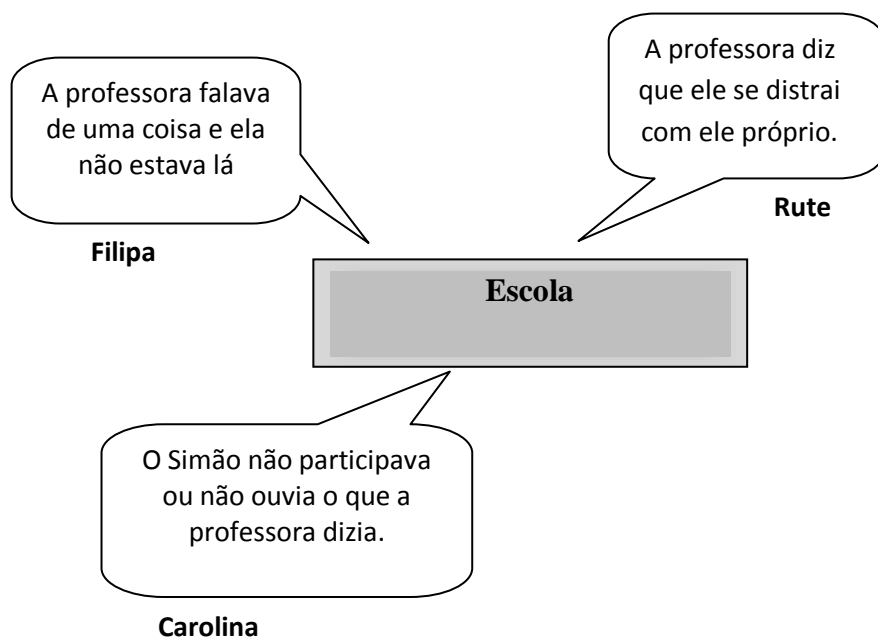


Na sala de aula, vários pais já tiveram queixas da escola devido ao comportamento, inclusive uma das crianças aos 6 anos já teve uma participação na escola. Uma das mães diz que basta os colegas fazerem-lhe alguma coisa, gozarem com algo e “Sou automaticamente chamada à escola” (Sónia), porque o filho não se controla ou “não consegue ignorar” (Rute). O tipo de queixas ao nível escolar também varia de acordo com os sintomas de PHDA que predominam.

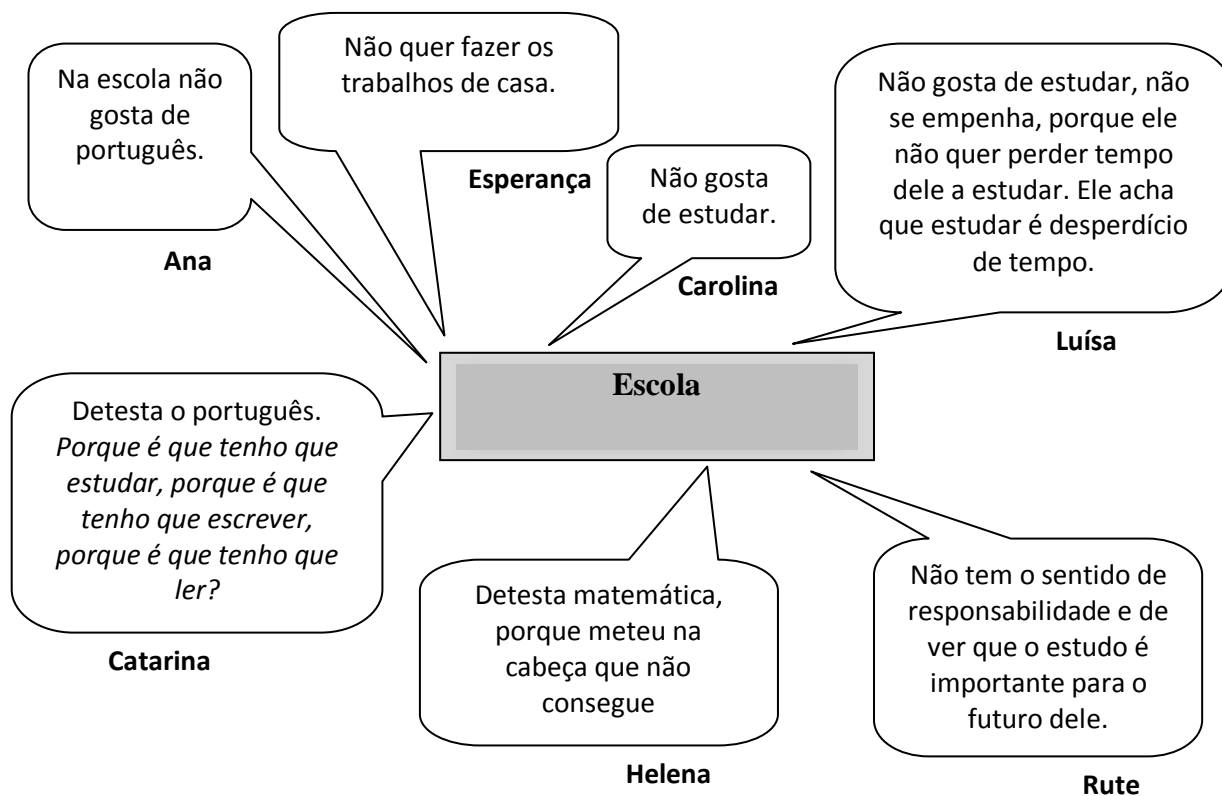
Se mais hiperativos/impulsivos:



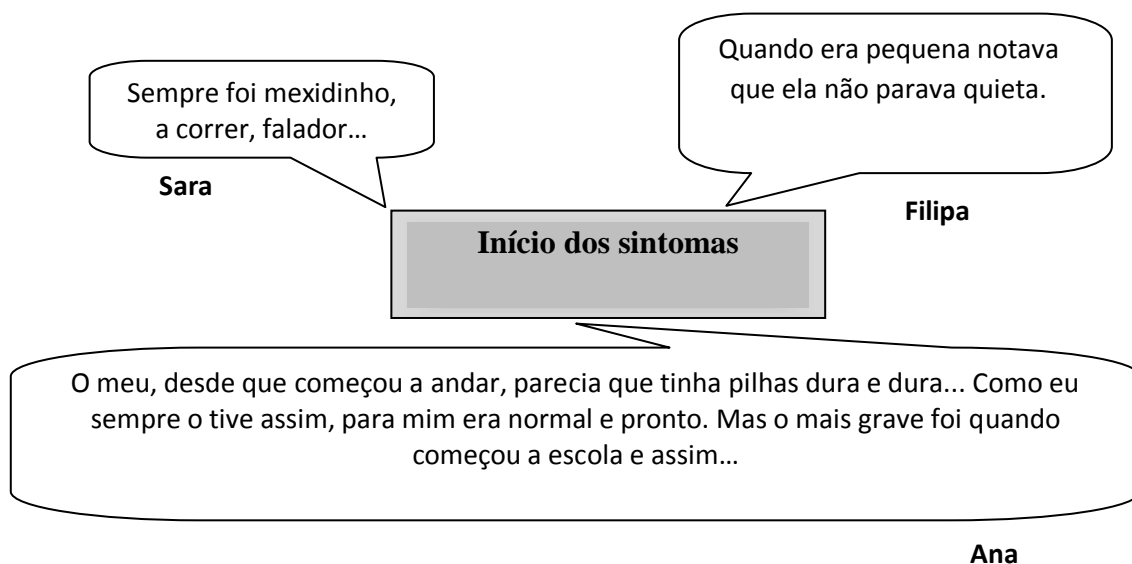
Se predominantemente desatentos:



No entanto a maioria dos pais afirma que os seus filhos não gostam da escola, não gostam de estudar e tiveram dificuldades na aquisição da leitura e da escrita, pelo que nove crianças têm apoio na escola e duas transitaram este ano para o segundo ano do primeiro ciclo, sem terem aprendido a ler e a escrever.



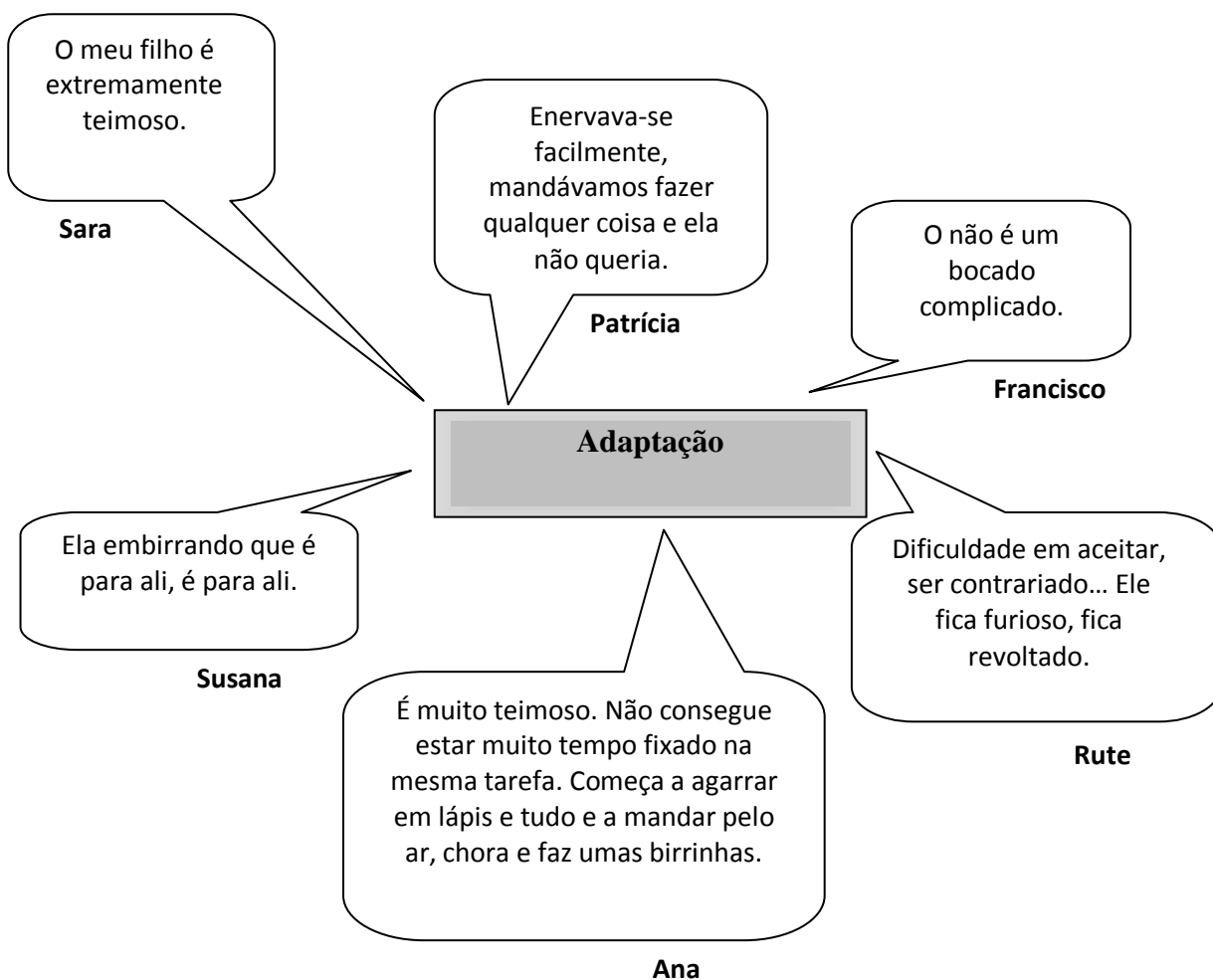
Importa ainda salientar que metade dos pais diz ter notado o aparecimento dos sintomas desde muito cedo, embora para a maioria só passou a ser uma fonte de preocupação quando começou a ter reflexo ao nível da aprendizagem.



Adaptação

A adaptação faz referência à maleabilidade que a criança apresenta para lidar com a mudança. Normalmente traduz-se em teimosia, dificuldade em desistir do que está a fazer ou em desobediência passiva.

A maioria destas famílias descreve os seus filhos como teimosos, desobedientes, com dificuldade em ouvir o não e em ser contrariados.

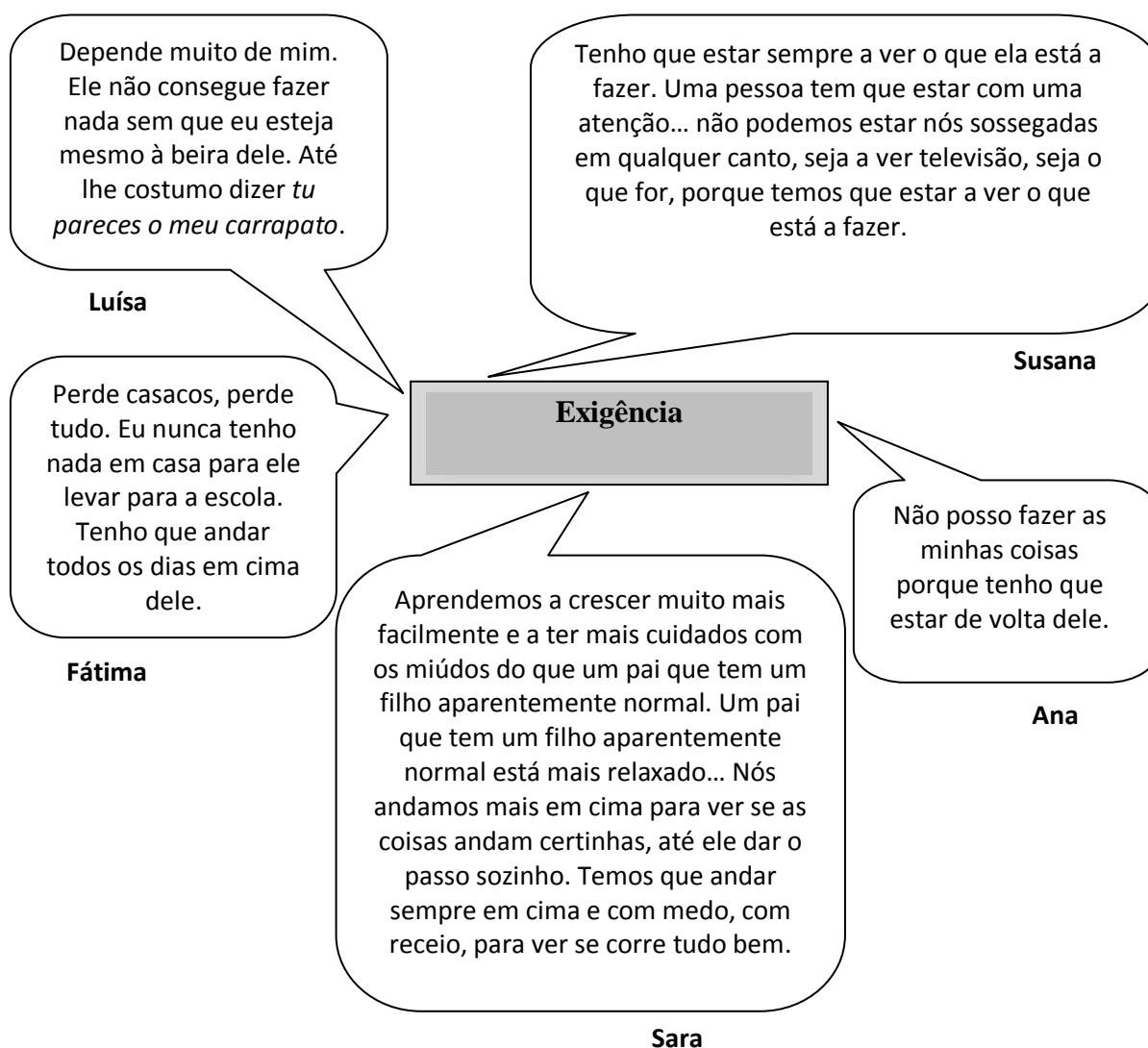


A capacidade de tolerância à frustração parece também ser uma característica comum nestas crianças pois quando uma das mães disse que o seu filho de 12 anos “chora como uma criança pequena porque não vai conseguir aquilo que ele quer” (Rute), todos os restantes pais deste grupo concordaram que os seus filhos reagem da mesma forma quando são contrariados.

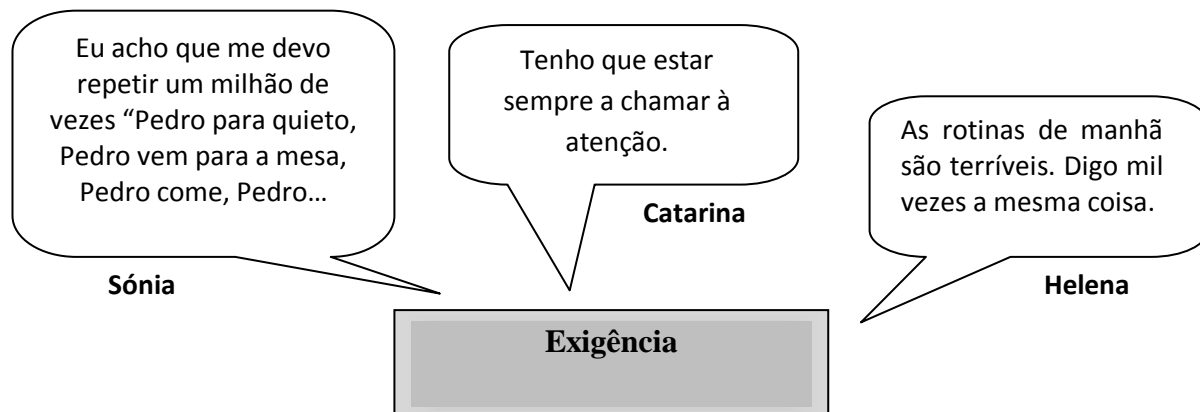
Exigência

A exigência diz respeito à pressão exercida pela criança em relação aos pais, que se traduz na exigência de atenção e cuidados e, por vezes, em comportamentos de provocação aberta, agressividade ou intromissões.

Pelo que já foi referido anteriormente, as crianças destas famílias apresentam um nível de exigência muito elevado em relação ao desempenho nas suas rotinas diárias. Precisam de muito acompanhamento na realização dos trabalhos de casa, nas refeições, na preparação para sair de casa (levantar, lavar-se, vestir, tomar o pequeno almoço...), na hora de dormir, etc. Isso implica por parte dos pais uma atenção e uma preocupação redobrada e uma dificuldade em dar resposta a outras solicitações pelo grau de exigência dos seus filhos.



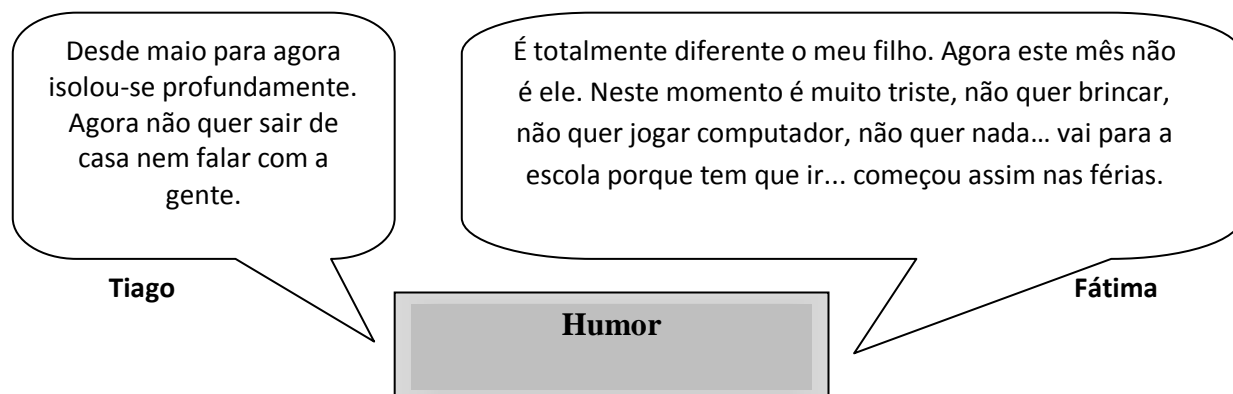
Além da monitorização e do controlo parental exercido, estes pais referem ainda que os chamam constantemente à atenção.



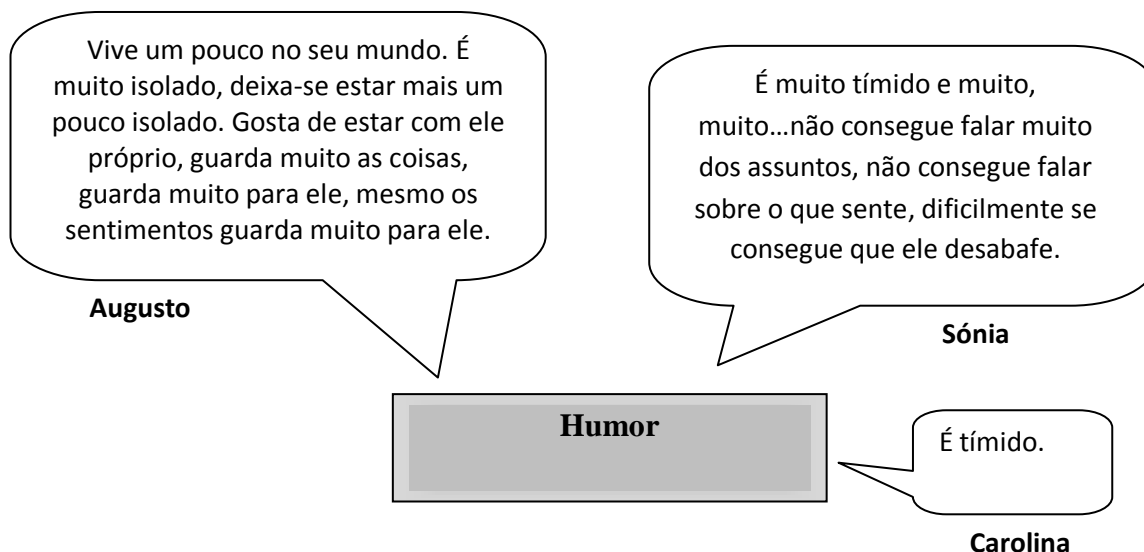
Estas chamadas de atenção por vezes têm um profundo impacto na criança, nomeadamente uma mãe refere que o seu filho lhe disse "tu só gostas de mim quando estou medicado" e justifica "Porque quando não está, eu estou sempre, sempre, sempre, a chamar-lhe à atenção" (Catarina).

Humor

Esta subcategoria engloba manifestações de humor que preocupam os pais quando os descrevem como apresentando choro excessivo, retraimento e depressão. Apenas dois pais apresentaram descrições dos seus filhos relativas a estas características extremas, nomeadamente retraimento e depressão. No entanto ambos referem que esta situação não está relacionada com a PHDA, uma vez que os sintomas surgiram de forma repentina, no primeiro caso, após um alegado abuso sexual e no segundo a família ainda não conseguiu identificar o fator desencadeante daquelas alterações.



Em relação às outras crianças, poucos pais as descreveram como tímidas, com dificuldade em falar sobre os seus sentimentos ou que se isolam.



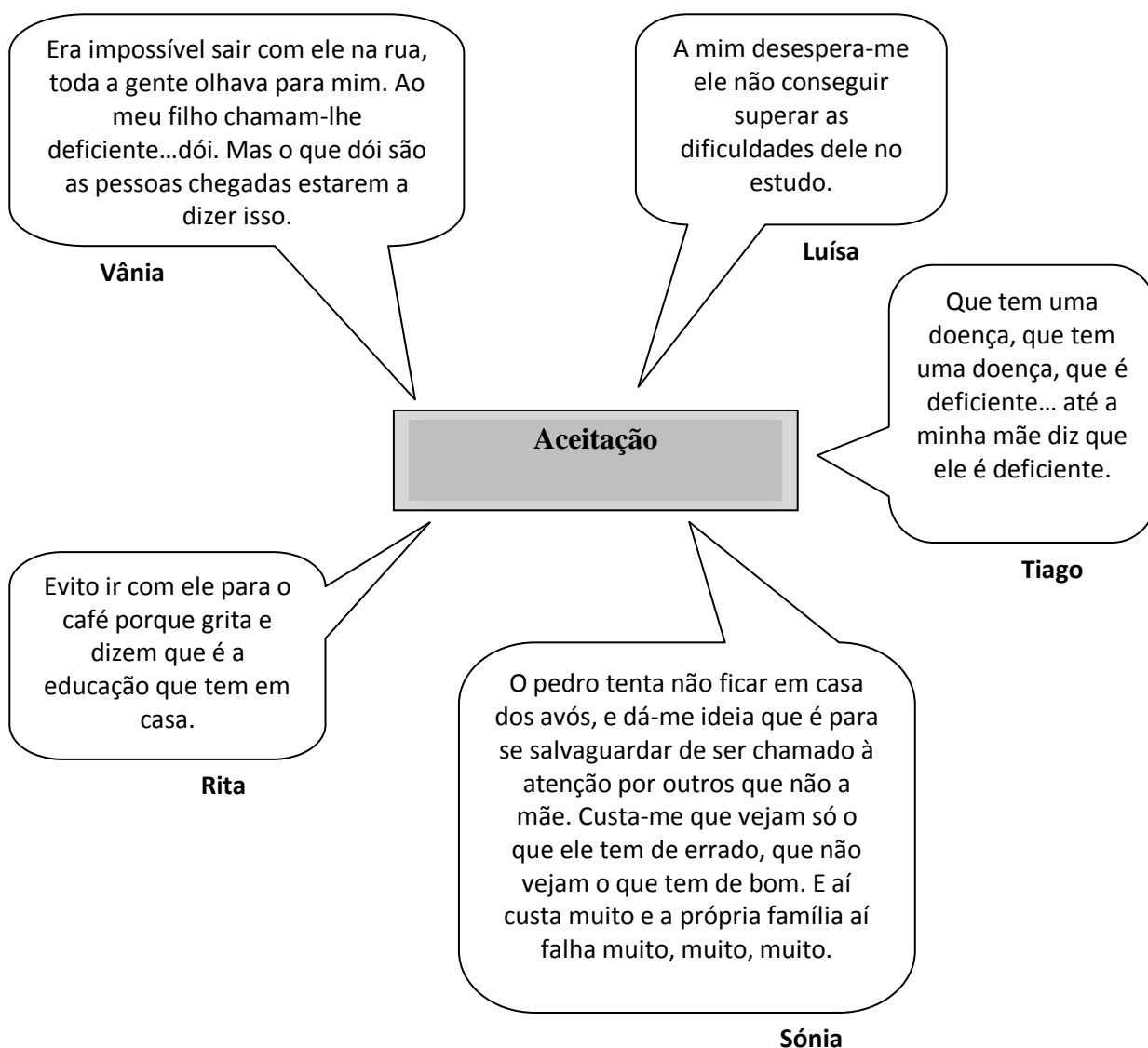
Aceitação

A aceitação refere-se à satisfação com as expetativas parentais, que está diretamente relacionada com o facto de as crianças apresentarem características socialmente desejáveis. A sua maioria declarou que os seus filhos são muito meigos, sensíveis, bem-dispostos, brincalhões... Reforçam aqui os aspetos positivos em relação ao comportamento e temperamento dos seus filhos.

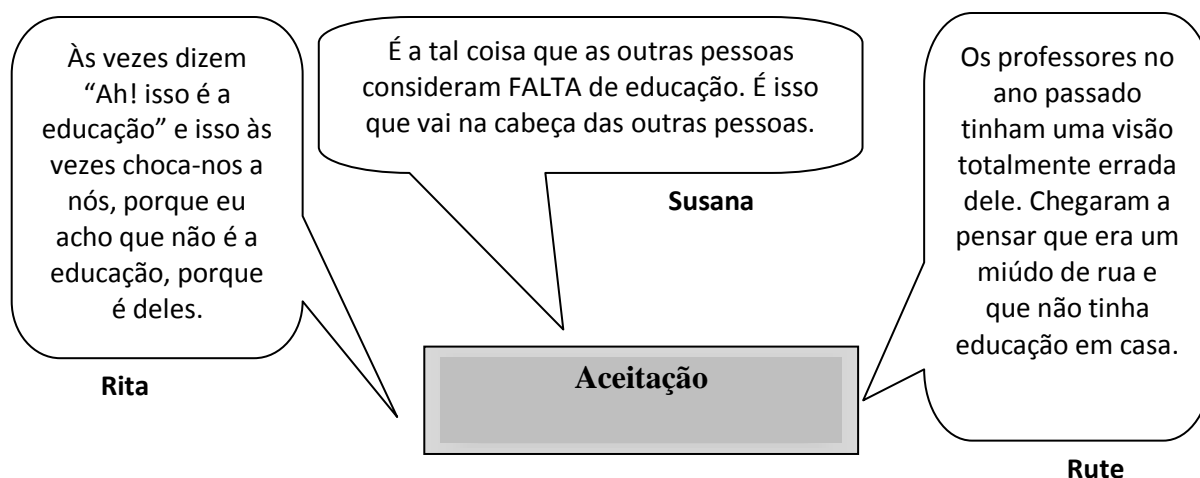


Felizmente, como se pode constatar todas as crianças, apesar das suas alterações de comportamento possuem características positivas, dentro do socialmente esperado. No entanto a maioria das suas características inerentes à PHDA, nomeadamente a irrequietude, a falta de atenção, a impulsividade, a sua falta de maleabilidade de adaptação, as dificuldades no seu desempenho académico, não contribuem para a satisfação das expetativas parentais.

Estas características, além de não satisfazerem as expetativas dos pais, também não são características socialmente aceites e a forma como os outros vêem os seus filhos, ou como pensam que eles são vistos, acarreta para os pais, além de muitos outros, sentimentos de vergonha pelos comportamentos evidenciados, mas também alguma raiva e mágoa por não serem compreendidos.

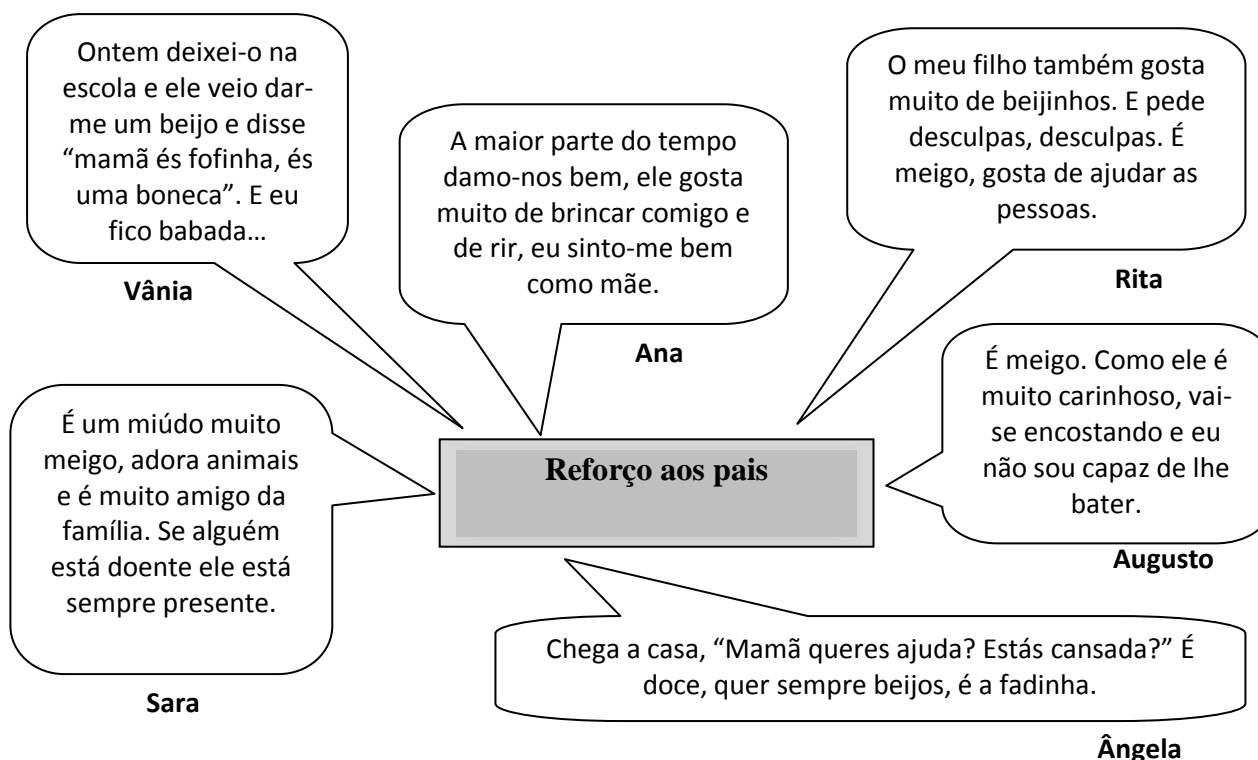


De um modo geral todos os pais consideram que os outros olham para as alterações de comportamento dos seus filhos e as consideram reflexo de falta de educação, o que os deixa com alguma sensação de culpa e insegurança.



Reforço aos pais

O reforço aos pais é traduzido pelo grau de resposta afetiva positiva resultante da interação. Em relação a esta subcategoria, os pais referem que os seus filhos são meigos, sensíveis, atenciosos, gostam de beijinhos e que se preocupam com a família o que reflete o seu grau de *feedback* afetivo na interação com os seus filhos.



Categoria 2 - Domínio dos pais

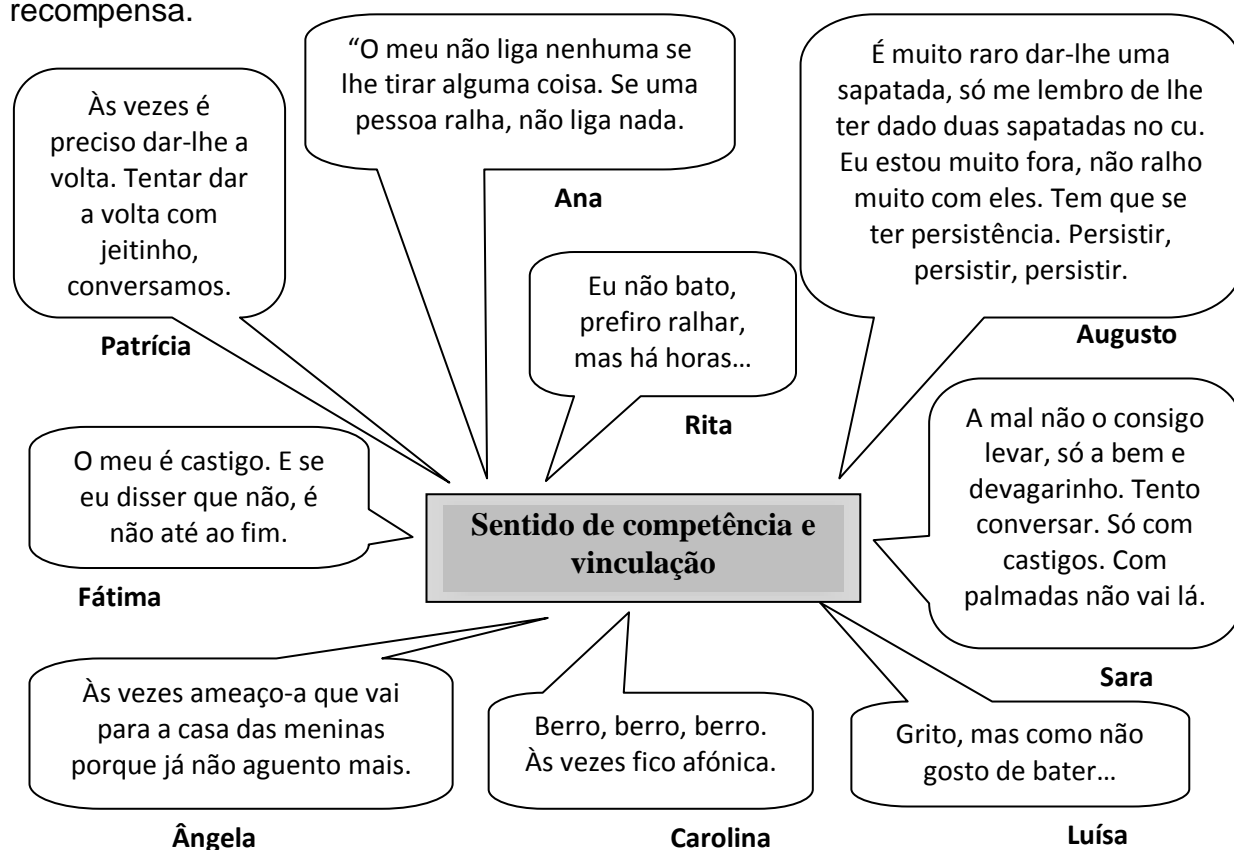
Esta segunda categoria engloba, não só as características dos pais, mas também as variáveis do contexto familiar e as preocupações parentais.

Sentido de competência e Vinculação

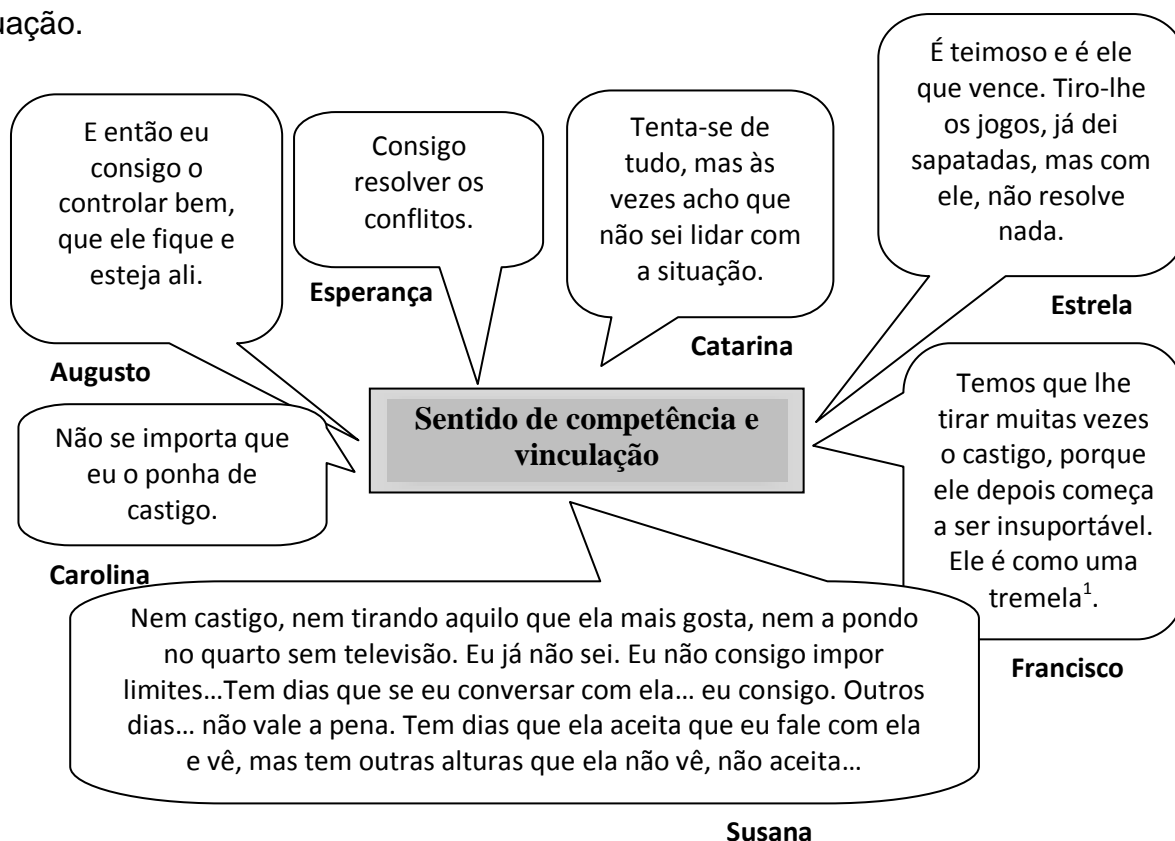
Esta subcategoria refere-se à capacidade parental para saber quando e como gerir o comportamento dos seus filhos, assim como à sua motivação para o papel parental.

Neste âmbito os pais explicam de que forma tentam lidar com os comportamentos dos seus filhos, o tipo de punições ou recompensas que utilizam e a sua perceção de competência parental, mais concretamente como se sentem no desempenho desse papel e quais as suas dúvidas em relação a ele.

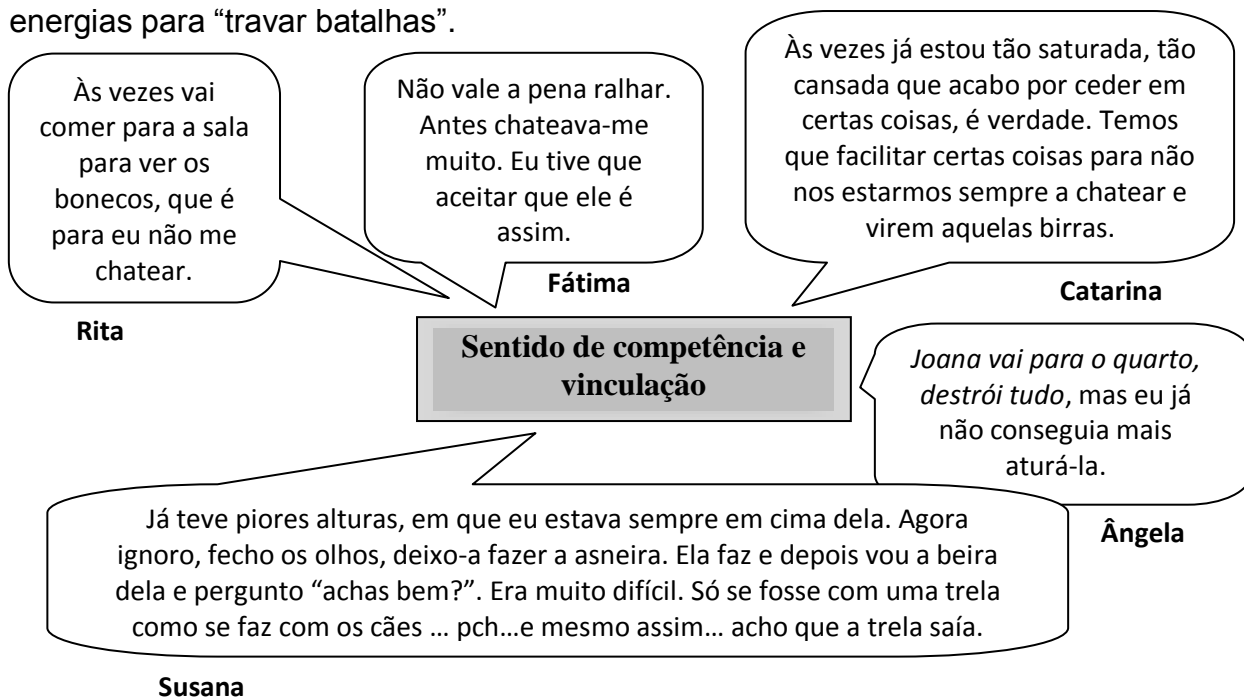
Em relação à gestão de comportamentos ou conflitos a maioria dos pais tenta resolvê-los através de castigos ou do diálogo e poucos são os que usam o castigo físico ou a recompensa.



Quanto à eficácia dessa forma de gestão de comportamentos, há pais que controlam bem as situações problemáticas e outros que sentem que não têm controlo sobre a situação.

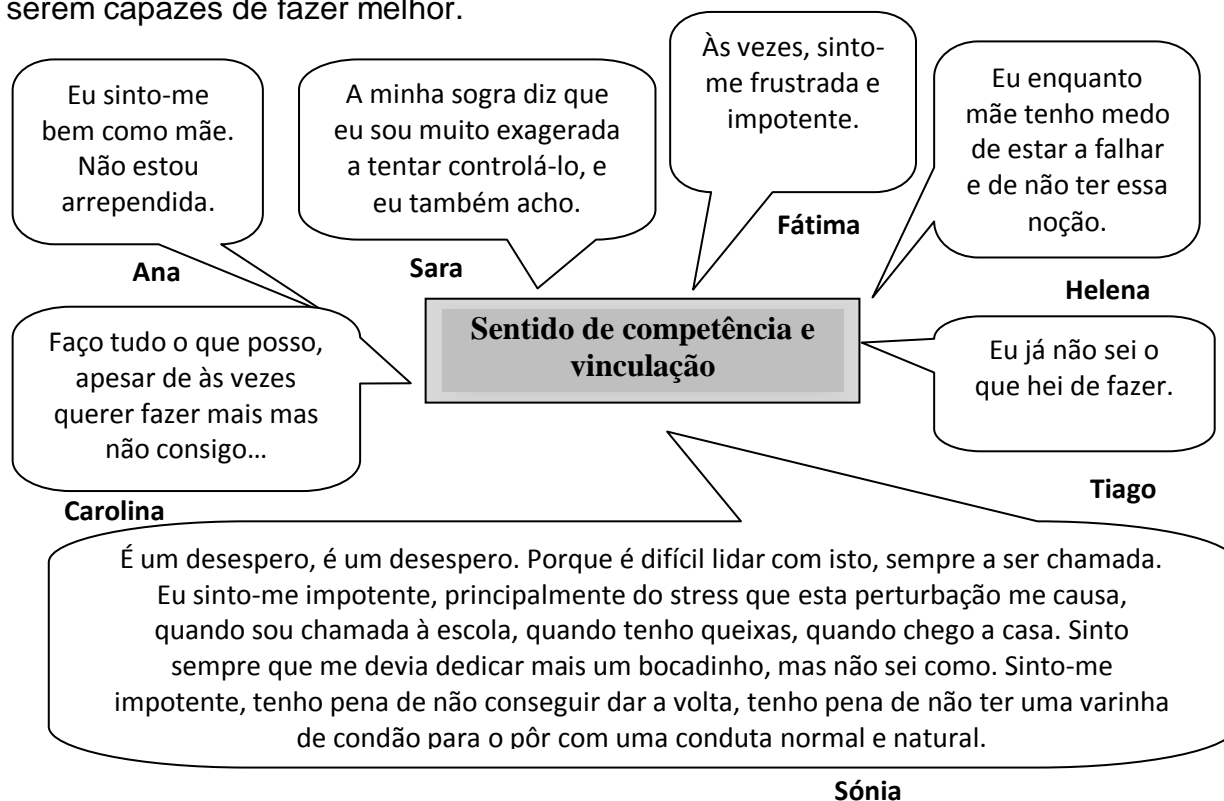


Relativamente à motivação para as exigências inerentes ao desempenho do papel parental, verifica-se que há pais que, sistemática ou ocasionalmente, já não têm energias para “travar batalhas”.

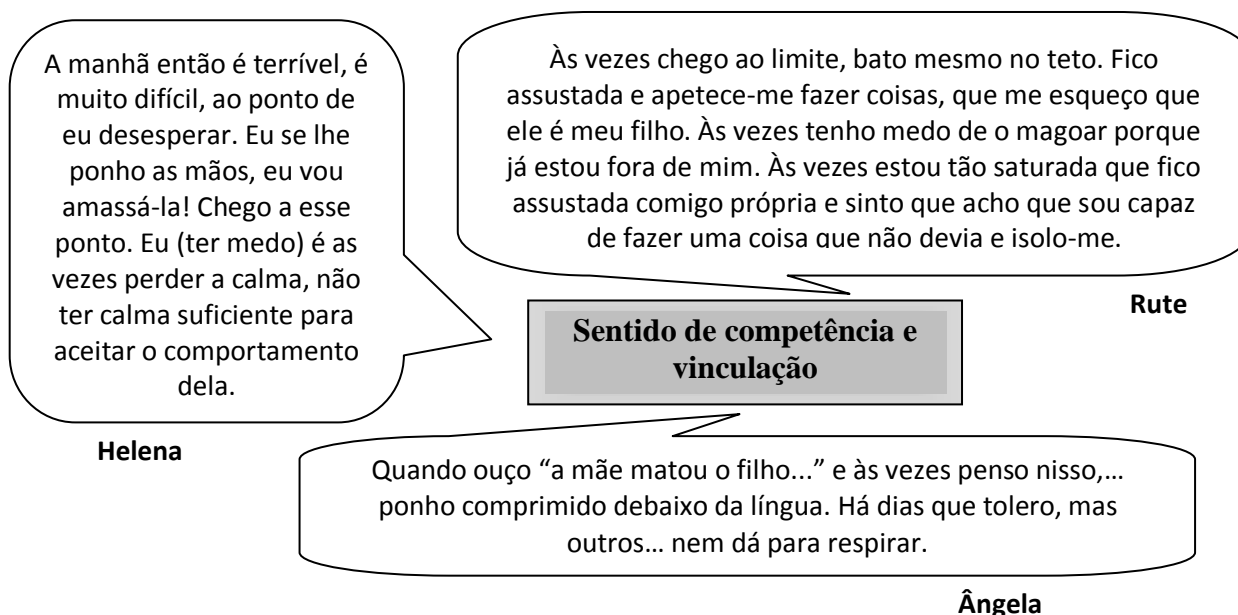


¹ Embora não apareça no dicionário, segundo o pai é um objeto, tipo moinho, utilizado para afastar os pássaros, que ao girar faz barulho. O filho é como isso, insiste, insiste, insiste e não se cala, até conseguir o que quer.

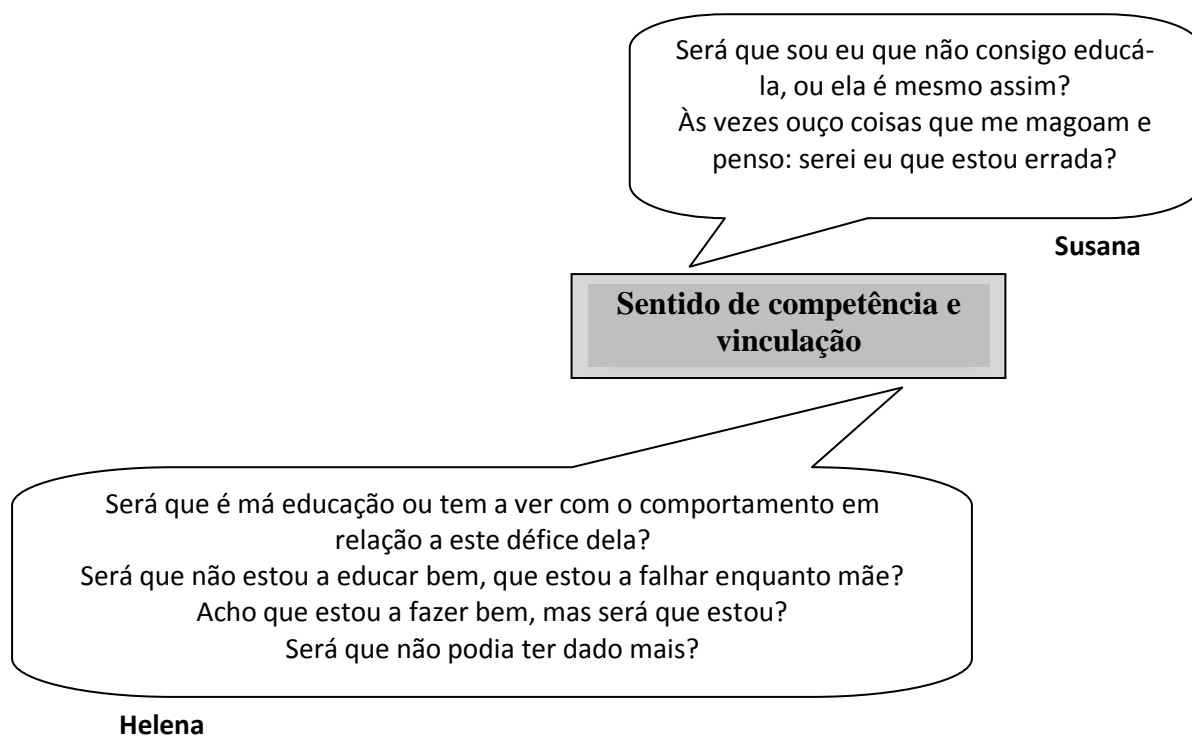
Em relação à percepção da competência parental, há pais que consideram que fazem o melhor pelos seus filhos e que se sentem competentes no seu papel, mas outros revelaram um grande desgaste, sentimentos de impotência e de frustração por não serem capazes de fazer melhor.



Apesar de os pais tentarem encontrar formas de lidar com os comportamentos, adequadas ao caso dos seus filhos e de, na sua maioria, referirem que usam mais o castigo e o ralhar para os repreenderem, alguns pais com a concordância dos restantes, manifestaram a sua preocupação em perder o controlo, ultrapassar o limite e fazer alguma coisa que não queiram aos seus filhos.



No desempenho da sua parentalidade algumas famílias colocaram ainda muitas dúvidas, mais uma vez reveladora dos sentimentos de insegurança, medo, culpa...

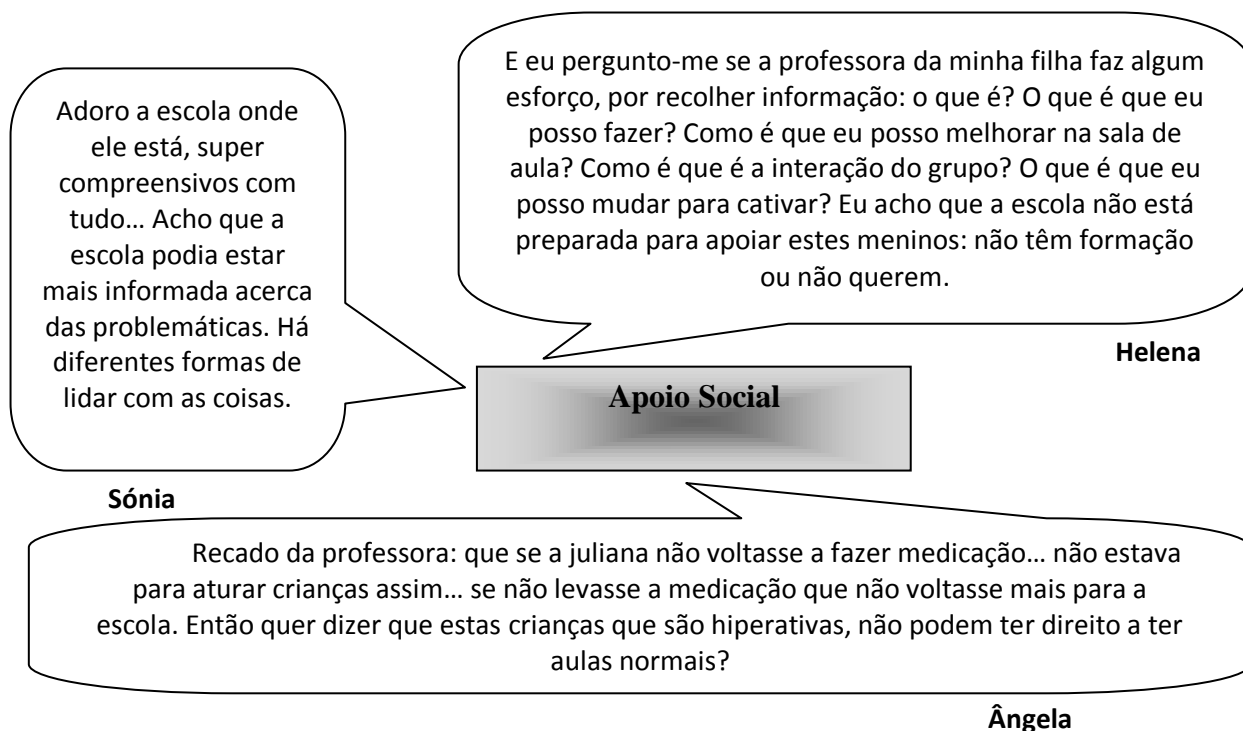


Apoio Social

Nesta subcategoria é identificado o apoio social formal e informal disponível ou percecionado, para o desempenho do papel parental.

Ao nível do apoio formal dirigido às crianças, todas têm uma médica especialista – pediatra de desenvolvimento ou pedopsiquiatra – na ULSAM, que lhes faz o acompanhamento necessário em relação à PHDA e/ou outros problemas de desenvolvimento. Dez crianças têm acompanhamento de psicologia e quatro, têm em paralelo, intervenção em terapia da fala. Alguns pais consideram que os seus filhos deveriam ter acompanhamento psicológico devido a problemas emocionais e baixa autoestima.

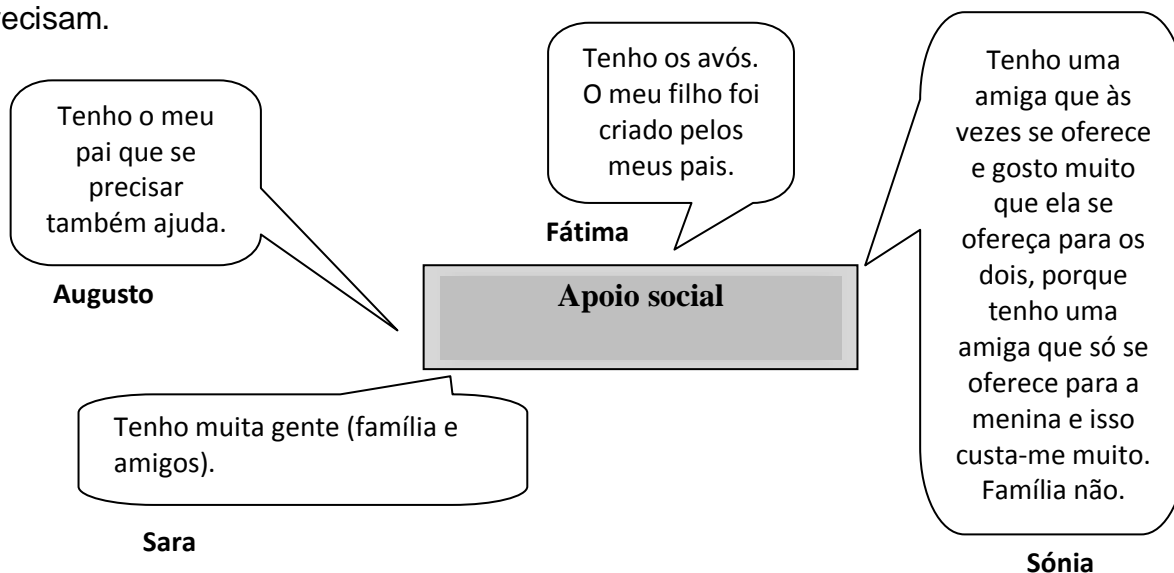
Relativamente ao apoio formal prestado pela escola, nove tem um professor de apoio, no entanto várias famílias referem que os seus filhos necessitavam de apoio na escola, dadas as dificuldades apresentadas, e sentem que a escola não dá resposta nem atenção às suas necessidades.



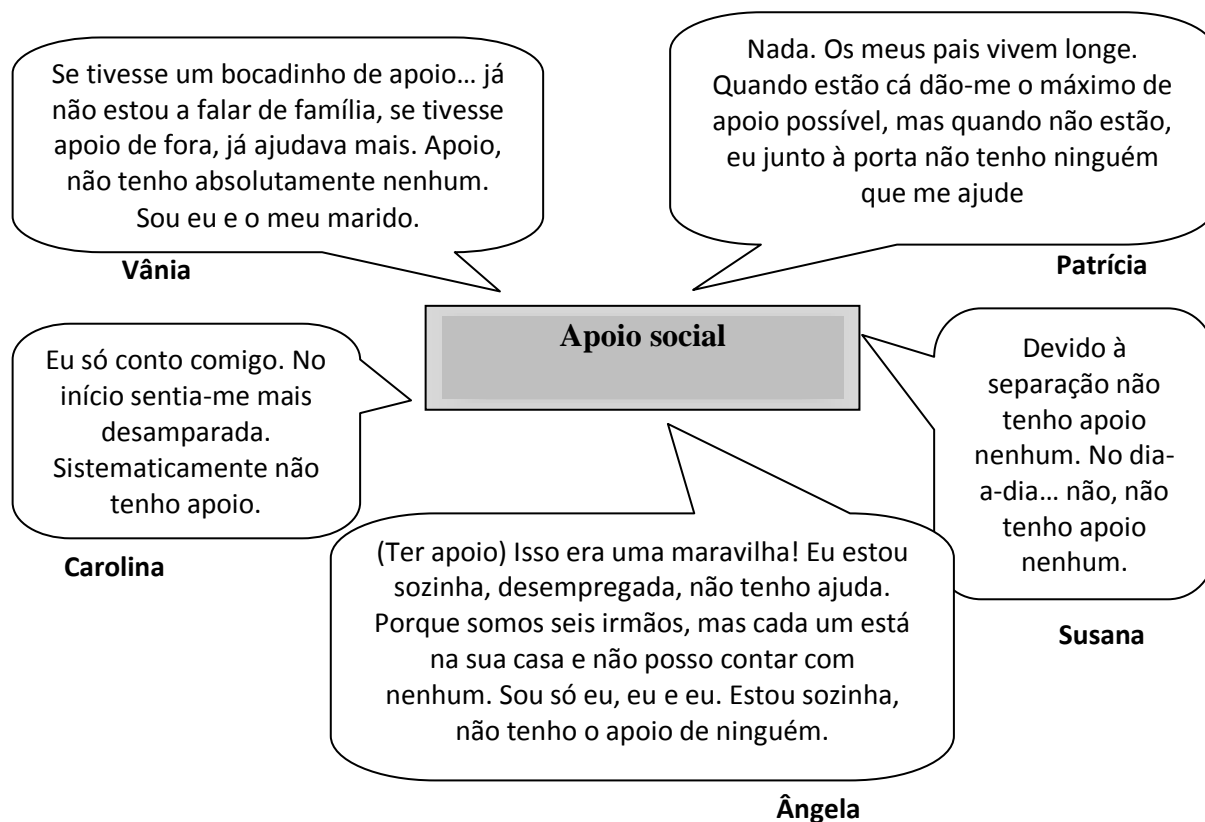
Num dos casos há ainda o apoio de um ATL "para ter alguém para conseguir fazer os deveres com ele. Para ele estar ali sentadinho e para a pessoa estar ali à beira dele para ele fazer" (Rita). Mas uma outra criança foi convidada a sair do ATL devido ao seu comportamento "Pus o meu filho no ATL e tirei-o porque lá me disseram que não ficavam mais com ele" (Vânia).

Em relação ao apoio formal prestado aos pais, seis dos presentes têm uma doença diagnosticada, sobre a qual falaremos na subcategoria da saúde, mas devido à qual têm acompanhamento médico regular prestado pelos serviços de saúde.

Relativamente aos apoios informais, cerca de metade das famílias sentem-se apoiadas pelos amigos e pela família (principalmente avós) e têm ajuda quando precisam.

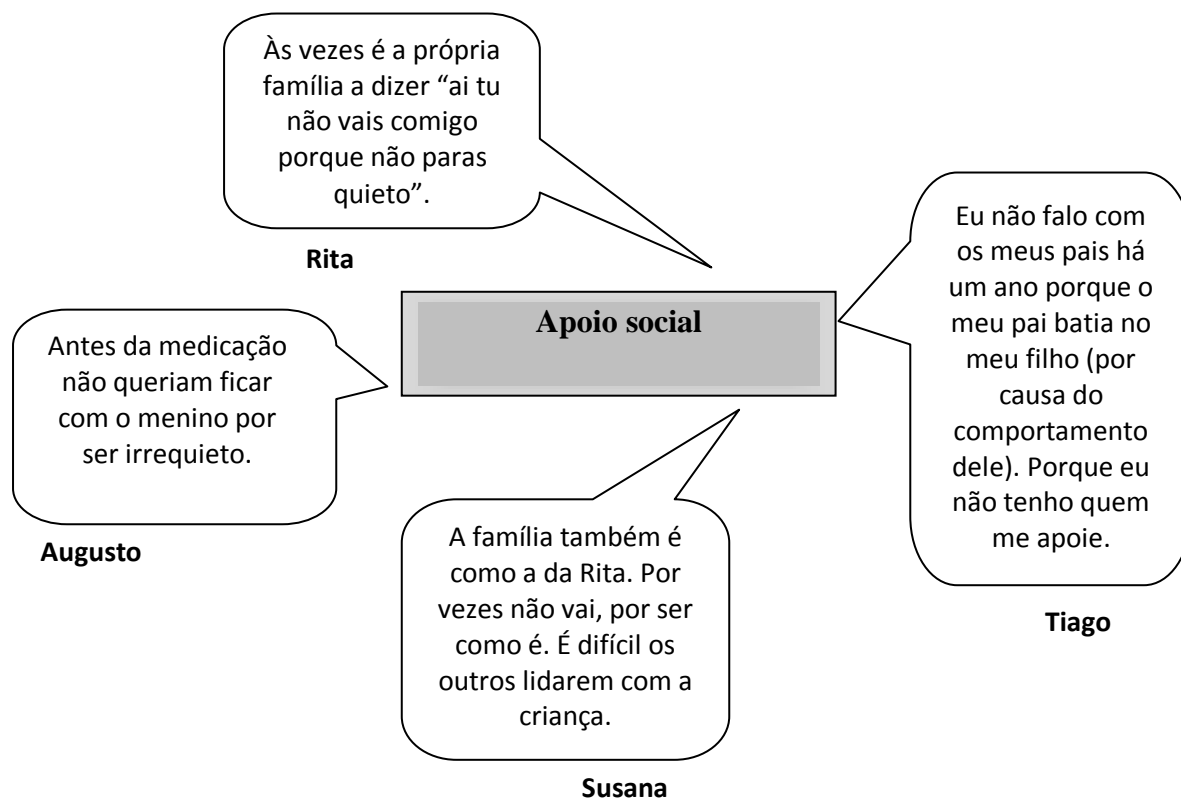


Outras famílias têm a percepção de que o seu suporte social é inexistente, sentem-se sozinhos, desamparados, sem ninguém que os possa ajudar.



Quanto à importância atribuída ao apoio social, os pais que consideram que não têm apoio, como se pode ver acima, sentem isso como uma grande falha ou como algo que seria muito importante existir nas suas vidas. Os pais que têm apoio consideram-no muito importante especialmente para lhes dar tempo para si próprios, tal como diz uma mãe “Estes apoios são muito, muito importantes, até para termos um bocado de tempo para nós. Para fechar a porta, deixá-los... e dar uma volta sozinhos” (Rita).

Algumas famílias usam os argumentos “Como eu estou desempregada” (Helena e Luísa) ou “A minha mulher, como trabalha por conta própria...” (Augusto), para justificarem o não terem ou não sentirem necessidade de apoio e com o facto de terem disponibilidade e poderem organizar as suas vidas em função dos horários e necessidades dos seus filhos. Outras razões apresentadas para a falta de apoio prendem-se essencialmente com o comportamento dos seus filhos, o que muitas vezes condiciona, por exemplo, a disponibilidade dos outros para ficarem com eles.



Relação de casal

Na relação de casal importa compreender o apoio físico e emocional prestado no desempenho do papel parental, bem como sinalizar possíveis conflitos na relação que podem também condicionar o desempenho da parentalidade.

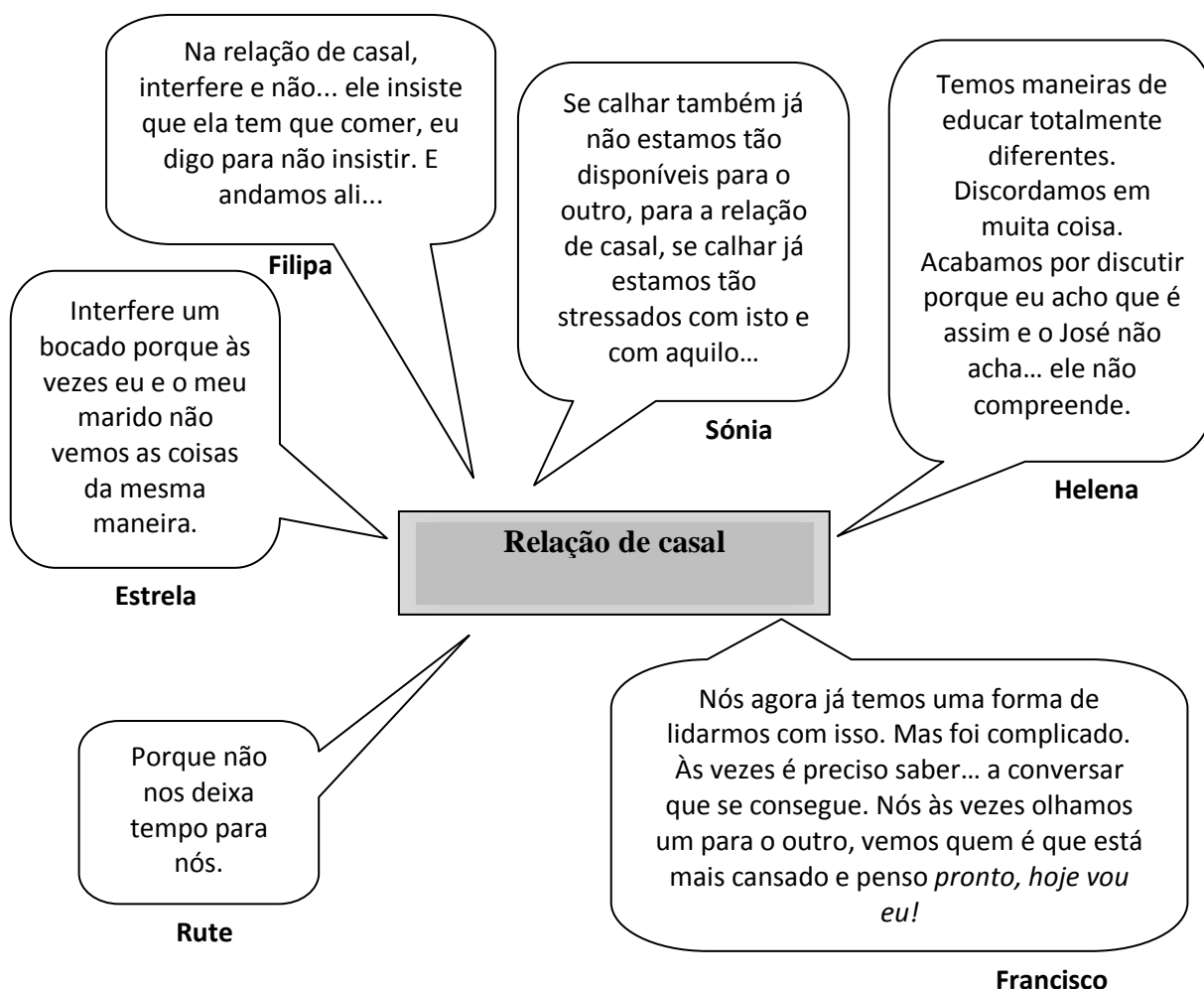
Nesta amostra são várias as mães que têm a seu cargo a responsabilidade parental em relação à criança com hiperatividade e, em alguns casos, dos seus irmãos. Uma porque os seus maridos estão a trabalhar fora, outras porque são divorciadas ou mães solteiras. Essa falta de partilha da responsabilidade também acarreta uma exigência superior a estas mães, quer em cuidados quer em tempo necessário para responder às exigências destas crianças.



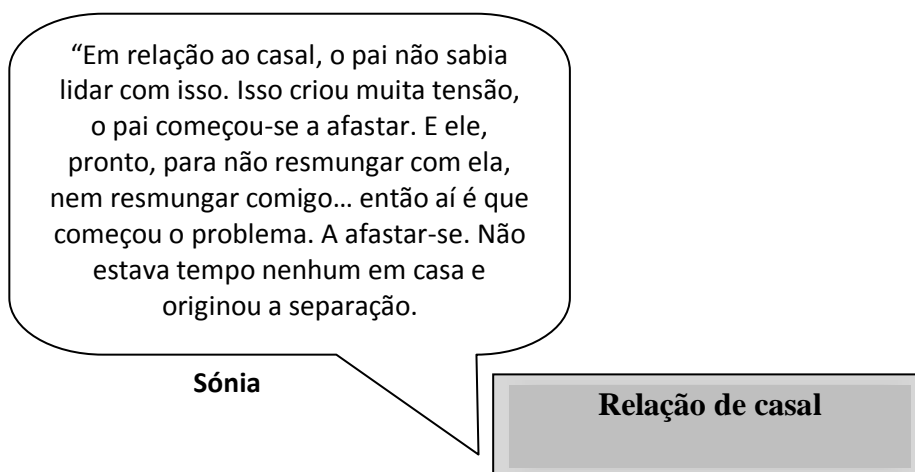
Alguns pais falam do apoio que trocam entre si, como atenuante da falta de outros apoios informais ou como agravante no sentimento de desamparo.



Outros pais verbalizam que ter uma criança com PHDA, por vezes, interfere na relação do casal, uma vez que o nível de exigência dos seus filhos é tão elevado que a disponibilidade para o outro é menor, as formas de lidar com os problemas de comportamento são diferentes, o que por vezes, leva a desentendimentos.

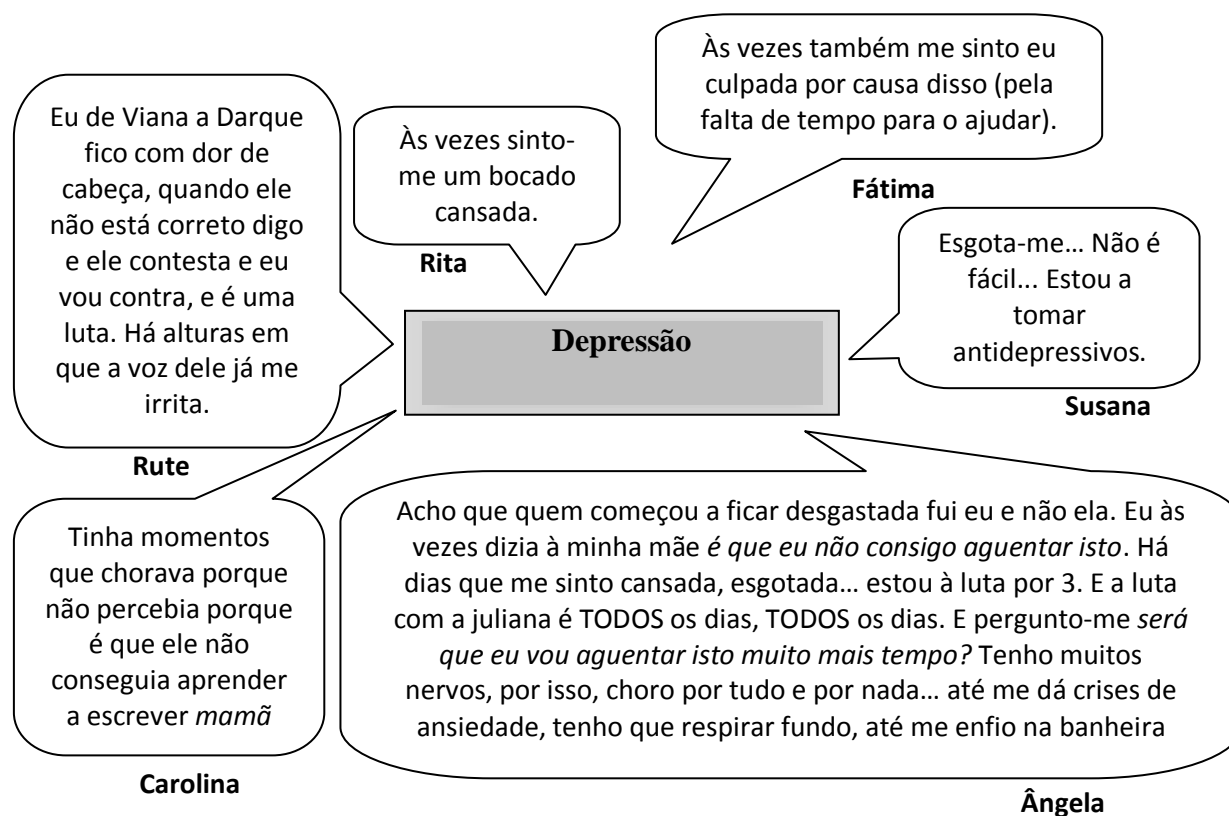


Em casos extremos, tivemos uma família, em que as dificuldades na gestão do comportamento da criança conduziram a uma situação de rutura permanente.



Depressão

A depressão traduz-se no prejuízo ao nível da disponibilidade dos pais em relação à criança e pode também surgir associado à culpa. Embora exista apenas uma mãe com diagnóstico clínico de depressão, muitos outros pais apresentam sinais de cansaço, desgaste, culpa, medo, que interferem com a disponibilidade para dar resposta às exigências dos seus filhos.



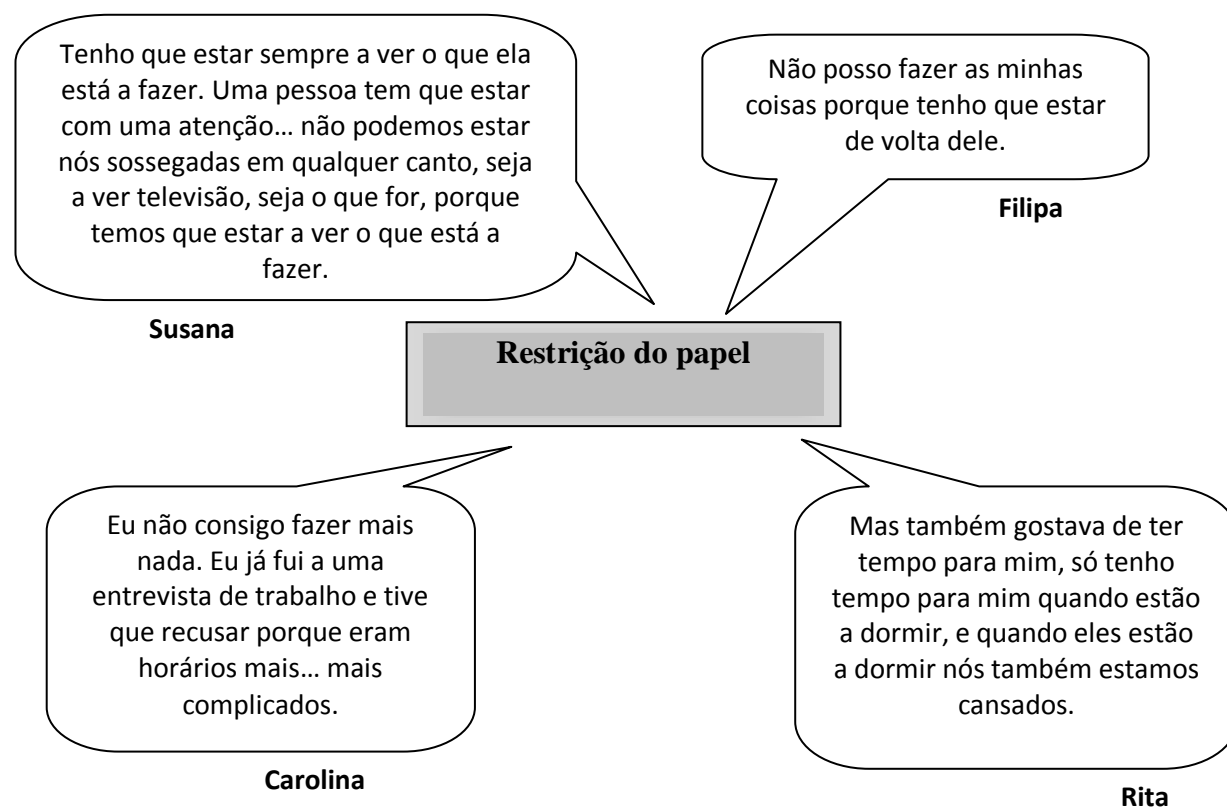
Saúde

A saúde dos pais, tal como a subcategoria anterior, está relacionada com a disponibilidade para responder às exigências da criança.

Nesta subcategoria encontrámos seis pais com doenças diagnosticadas, nomeadamente problemas cardíacos, hipertensão arterial, depressão, problemas do foro ginecológico, cirrose e vitiligo. Todos eles se encontram acompanhados por médico da respetiva especialidade e nenhum deles está em fase aguda do problema. Uma das mães presentes refere que o marido tem um problema de tiroide, para o qual tem acompanhamento médico e toma medicação diariamente. Não há nenhuma família em que ambos os progenitores estejam doentes.

Restrição do papel

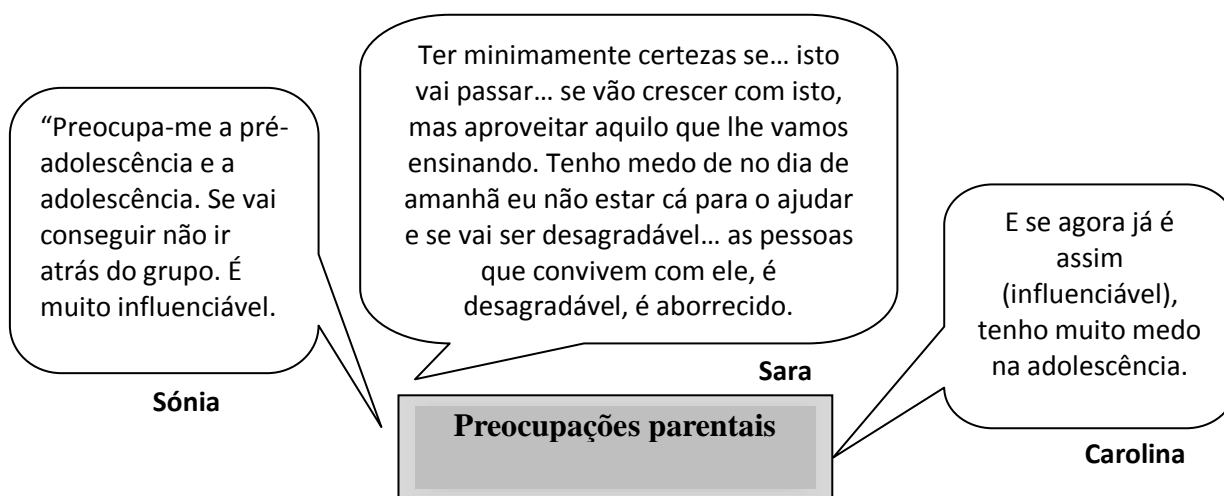
A restrição do papel diz respeito ao impacto do papel parental na liberdade pessoal dos pais e nos seus outros papéis. Estas famílias referem que devido à pouca autonomia e ao grau de exigência dos seus filhos, muitas vezes têm que abdicar dos seus tempos de lazer, dos seus papéis de esposa, dona de casa, profissional, etc.



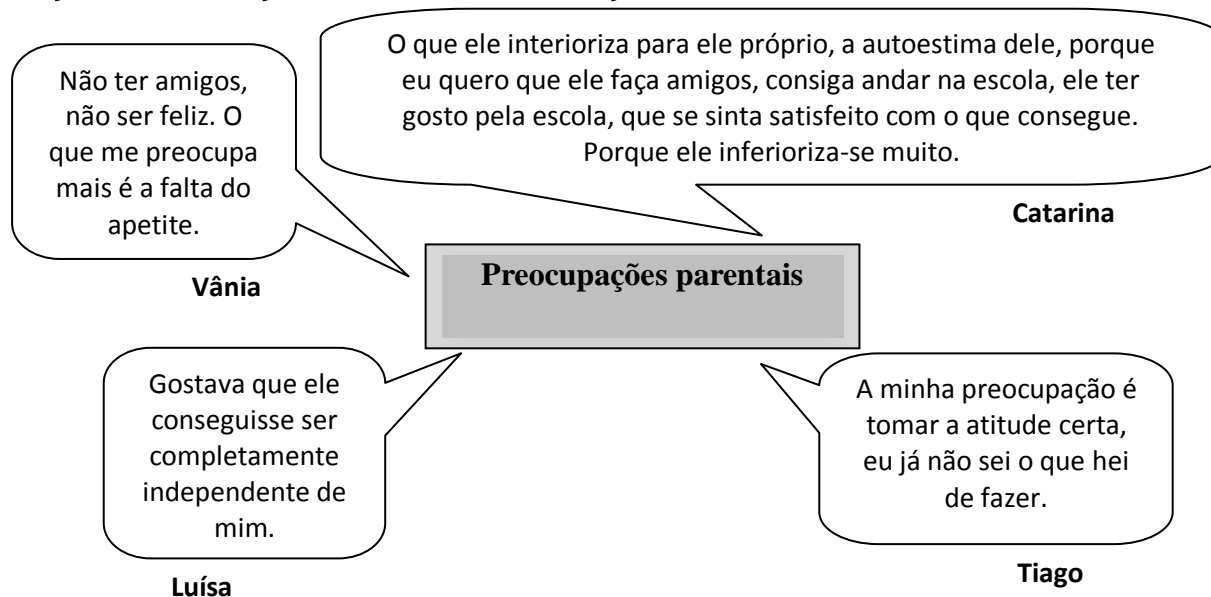
Preocupações parentais

Esta subcategoria foi acrescentada às inicialmente propostas, uma vez que se considerou que as preocupações dos pais em relação à criança, podem também ser uma fonte de stress.

Para a maioria dos pais, a maior preocupação em relação a estes filhos, é a escola. Que consigam aprender para poderem ter uma vida profissional, um futuro. Outros pais referem como preocupação a influência do grupo na fase da adolescência e o medo de que se tornem desagradáveis para os outros quando crescerem.



Há ainda pais, que ao contrário destes, revelam preocupações mais no imediato, com a forma de lidar com eles, com dificuldades que estão a passar com eles agora em relação à alimentação, à escola ou à interação social.

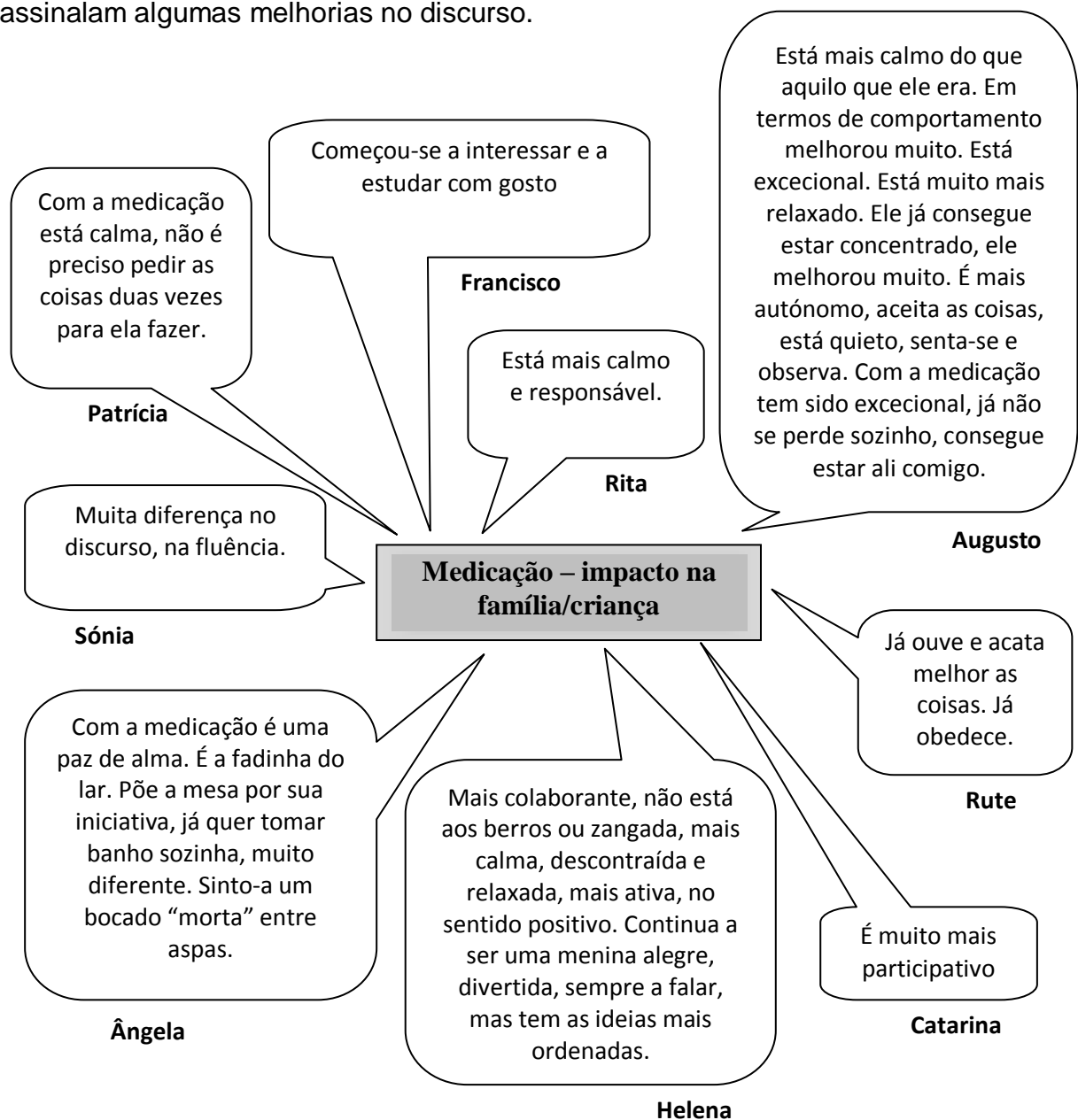


Categoria 3 – Impacto da medicação

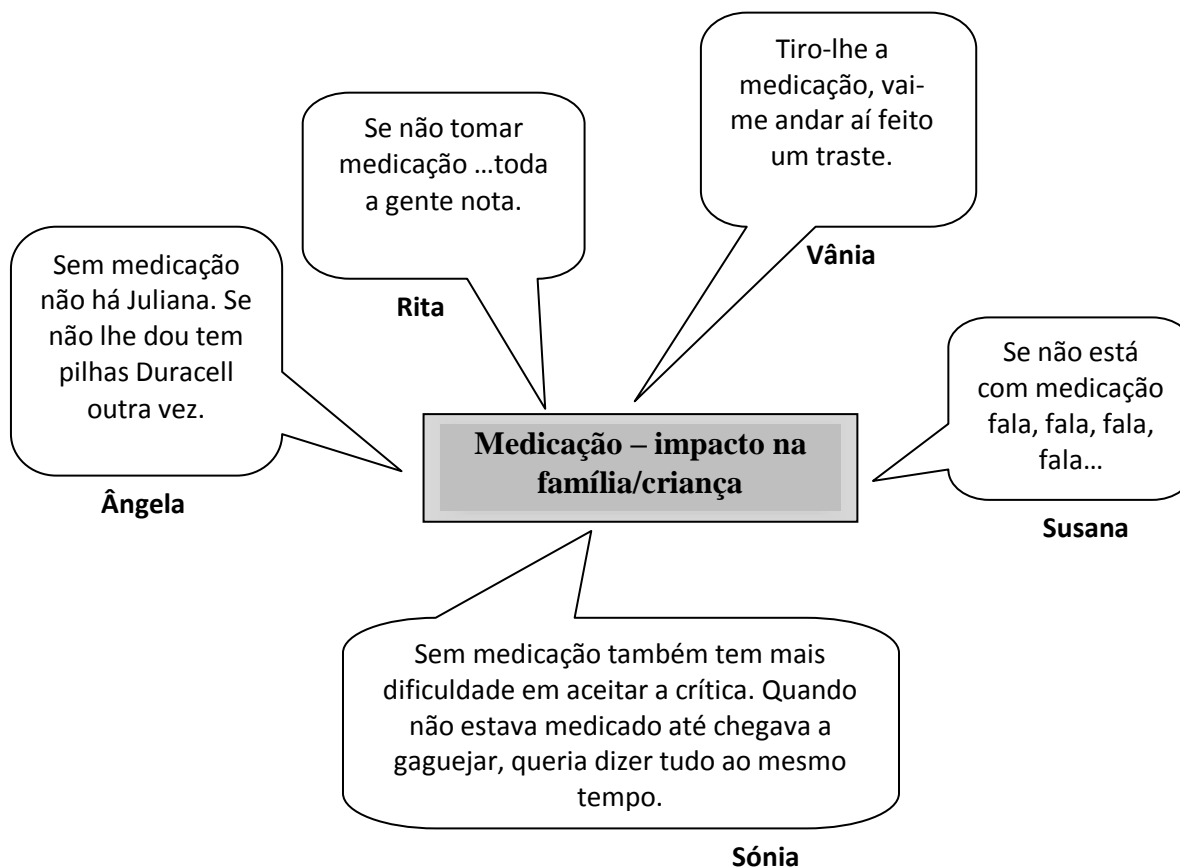
Nesta categoria pretende-se analisar as mudanças ocorridas nos vários sistemas após a introdução da medicação psicoestimulante.

Impacto na família/criança

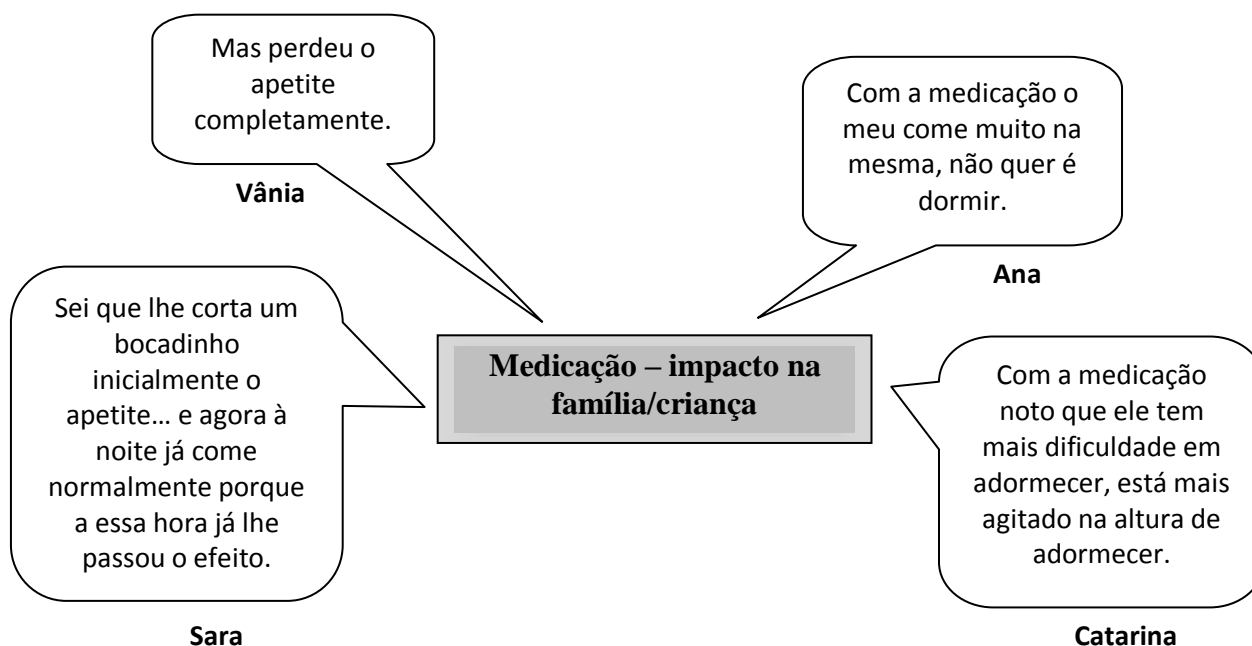
Esta categoria refere-se às mudanças ocorridas no dia-a-dia da criança e da sua família, após a introdução de terapia farmacológica. Os pais referem que os seus filhos estão mais calmos, “ouvem” melhor o que se lhes diz, são mais autónomos e até assinalam algumas melhorias no discurso.



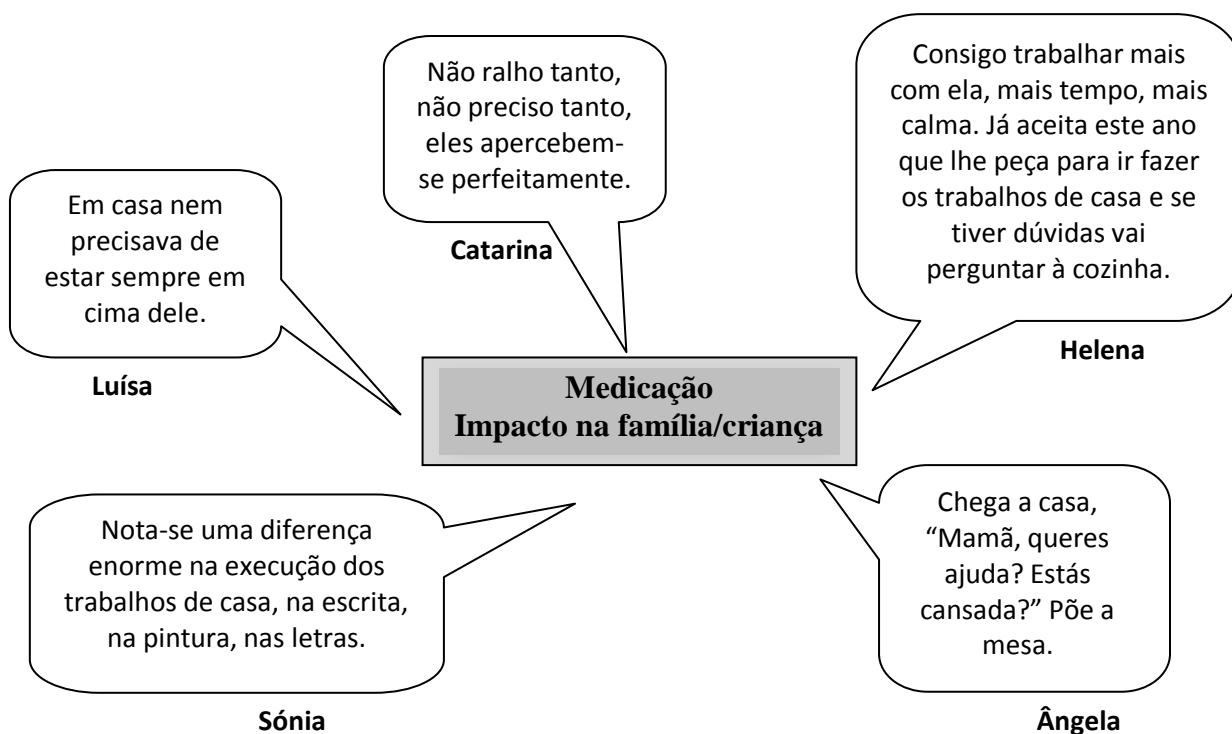
E já veem a situação pelo lado inverso. Se não toma a medicação...



Em relação aos efeitos secundários mais frequentes, perda de apetite e dificuldade em adormecer, constata-se situações diferentes, nas várias famílias.



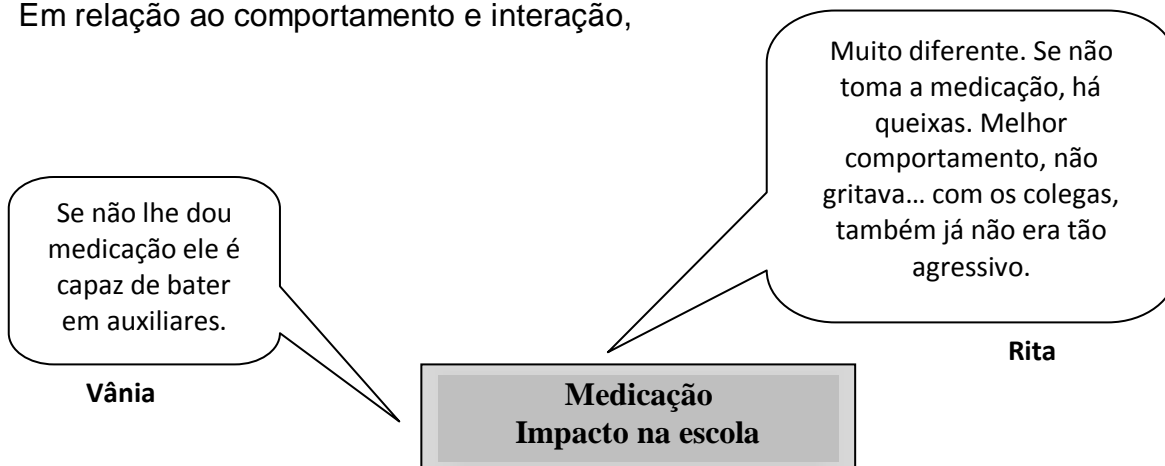
Além destas alterações que obviamente também se refletem na dinâmica familiar, os pais referem ainda que já não têm necessidade de controlar e ralhar tanto e já é mais fácil a realização de algumas rotinas.



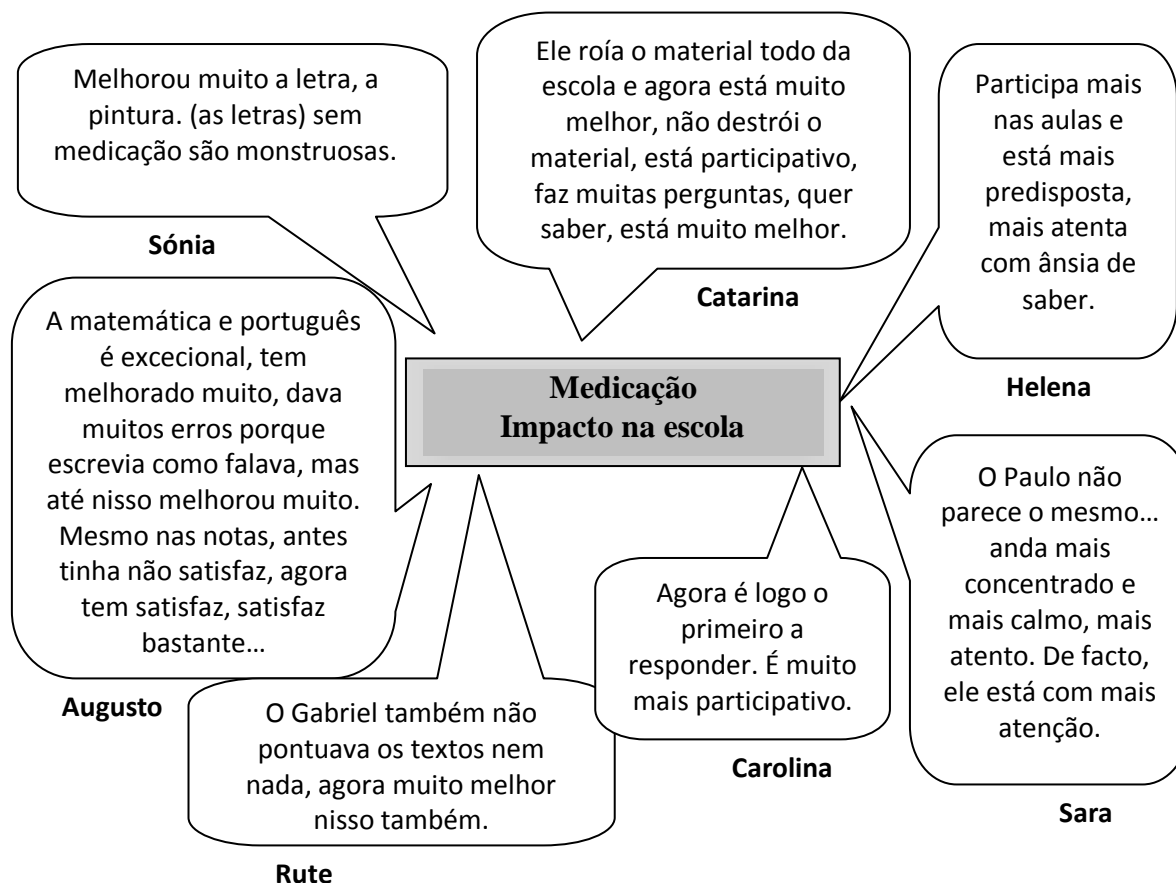
Impacto na escola

Aqui destacam-se as mudanças ocorridas na criança em contexto escolar, após a medicação. Segundo os pais na escola verificam-se alterações, quer na interação e comportamento quer no desempenho académico.

Em relação ao comportamento e interação,

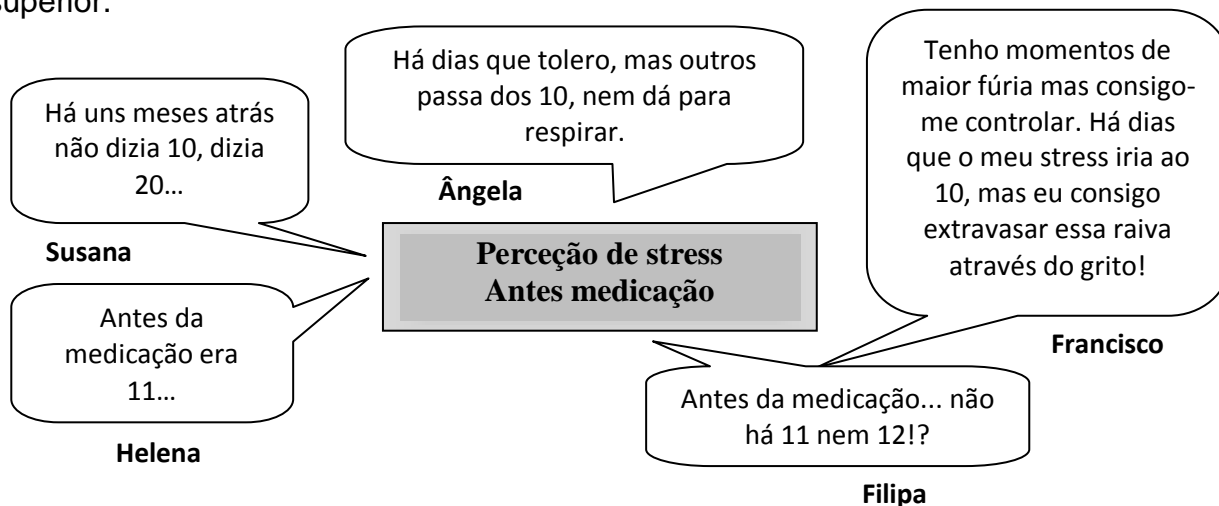


Quanto à aprendizagem e vontade de aprender,



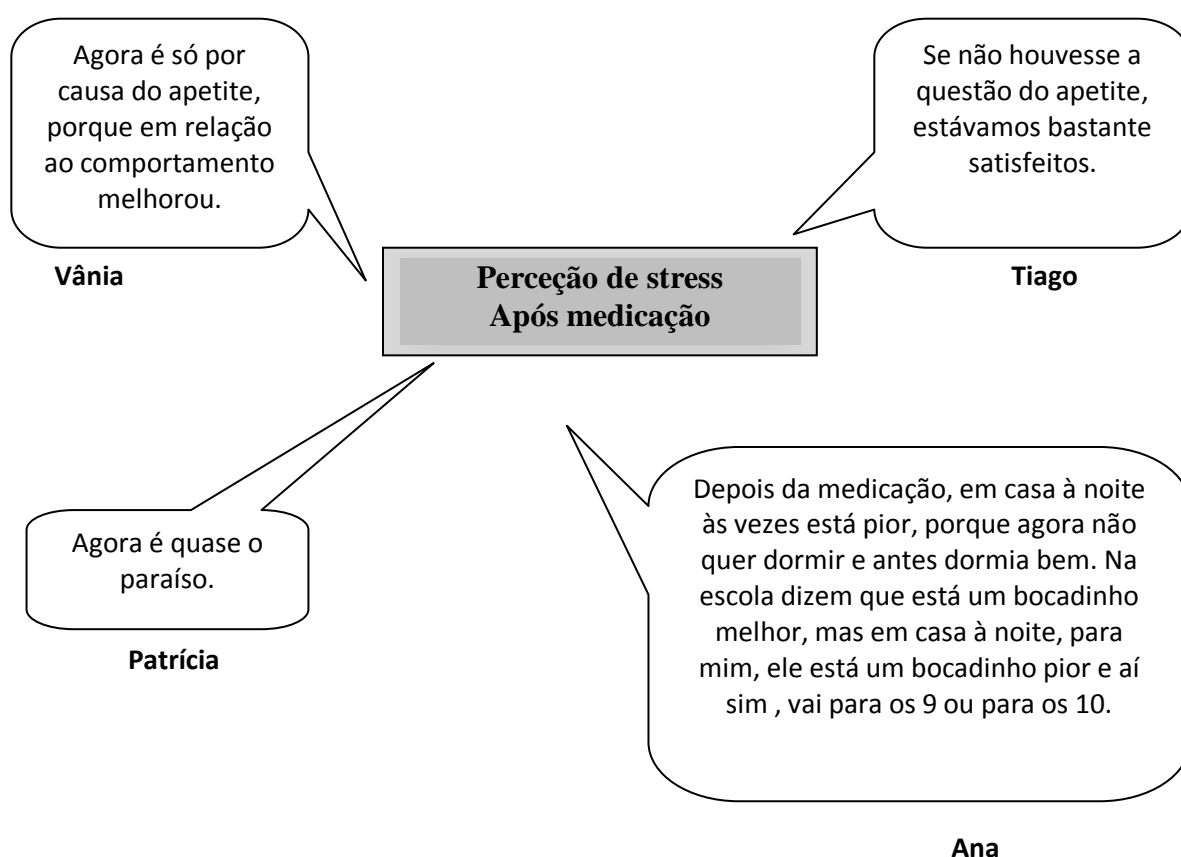
Perceção de stress

Nesta subcategoria assinala-se o nível de stress percecionado e descrito antes e após a medicação e classificado pelos pais numa escala de um a dez. De um modo geral, o stress percecionado por estas famílias, antes da medicação é muito elevado. Em todos os casos o stress, exceto um, o stress foi classificado em níveis iguais ou superiores a 7 e dez dos vinte e um pais consideram que o seu nível de stress é 10 ou superior.



A única exceção a estes elevados níveis de stress, é de um pai que trabalha fora e, como tal, diz que quando está cá não tem stress nenhum. No entanto reconhece que “O stress da minha mulher já é diferente, ela já me disse que há alturas que está mesmo muito, muito saturada”, uma vez que é a mãe que vive permanentemente com a criança.

Após a introdução dos psicoestimulantes, a maioria refere que os seus níveis de stress são muito inferiores (em média 4/5), exceto nos casos em que a medicação está a interferir significativamente com o apetite ou com o sono e, mesmo esses, reconhecem as melhorias ao nível do comportamento.



De seguida são apresentados os níveis de stress percecionado, classificados de um a dez. Alguns pais não conseguiram quantificar a sua percepção de stress mas classificaram-no de forma qualitativa.

Níveis de stress parental percecionado																					
Antes da medicação											Após a medicação										
Nome (fictício)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vânia										X	“Agora é só por causa do apetite, porque em relação ao comportamento melhorou”										
Patrícia								X					X	“Agora é quase o paraíso”							
Ana								X			“Porque à noite em casa não quer dormir”								X		
Rita										X	“Agora não”										
Augusto	“Nenhum. Porque estou fora. O stress da minha mulher já é diferente, ela já me disse que há alturas que está mesmo muito, muito saturada”																				
Sara								X							X						
Luísa									X												
Fátima								X													
Filipa										X					X						
Esperança								X							X						
Sónia								X							X						
Catarina									X		“Em casa não sei porque desde que ele chega não está medicado. Stress muito.”										
Helena										X				X							
Ângela										X											
Florinda										X											
Tiago										X	“Se não houvesse a questão do apetite estávamos bastante satisfeitos”										
Estrela								X						X							
Susana	“Há uns meses atrás não dizia 10, dizia 20”																				
Rute										X											
Francisco										X											
Carolina								X								X					

Quadro 4: Níveis de stress parental percecionado, antes e depois da medicação

4. Discussão dos resultados

No capítulo anterior, ao apresentar os resultados e partilhar as informações fornecidas por estes pais que aceitaram participar no estudo, foi possível conhecer e compreender estas famílias, nomeadamente muitos dos seus sentimentos e preocupações, necessidades e dificuldades, forças e fraquezas.

No seu discurso é possível identificar claras referências às características que são consideradas critérios de diagnóstico da PHDA (APA, 2002), nomeadamente as alterações na atenção, a impulsividade e o excesso de atividade. Ao descreverem os seus filhos, os pais salientam a sua energia inesgotável, o serem muito ativas, irrequietas, impulsivas, sem noção do perigo e com dificuldade em manter a atenção. Barkley (2002) refere que tal como o comportamento, o pensamento destas crianças também apresenta sinais de impulsividade, sinais esses que os estes pais identificam como o discurso desorganizado e, por vezes, com alterações ao nível da fluência, por quererem falar apressadamente.

Tal como afirmam vários autores (García-Orqueta, 2001; Ramalho et al., 2009; Ramalho, 2010) estas famílias descrevem ainda os seus filhos como teimosos, desobedientes, com dificuldade em ser contrariados e apontam para uma baixa tolerância à frustração, o que as leva a chorar quando são contrariadas, mesmo quando estamos a falar dos adolescentes.

De encontro ao que foi dito por Ramalho (2010) estes pais referem que, se não estiverem permanentemente atentos ao que os seus filhos estão a fazer, se não houver um controlo permanente, eles perdem tudo, desde a roupa ao material da escola, esquecem-se dos trabalhos de casa e não fazem nada sozinhos, o que aponta para falta de autonomia, responsabilidade e organização.

Importa referir que tal como vem descrito na literatura, também nesta amostra a prevalência de PHDA em relação ao subtipo é muito superior no subtipo misto (81%) do que no subtipo predominantemente desatento (19%) e a incidência também é superior nos rapazes (71%) em detrimento das raparigas (29%) (Barkley, 2002; Boavida, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Cordinhã & Boavida, 2008; Coutinho

et al., 2007; Coutinho et al., 2009; Molinero et al., 2009; Ramalho, 2010; Ruiz-García et al., 2005; Vaquerizo-Madrid et al., 2004).

As crianças com PHDA pelas características mencionadas, apresentam um grau de exigência, de atenção e cuidados por parte dos pais muito superior ao exigido aos outros pais. Estas características, inevitavelmente interferem nas rotinas da família, o que implica adaptações constantes para manter o equilíbrio e o funcionamento familiar. A maioria dos pais refere dificuldades desde o acordar e preparar para sair, passando pelas refeições, trabalhos de casa, até ao deitar, não só pelo grau de exigência necessário mas também pela gestão permanente de comportamentos e conflitos, o que vai de encontro à afirmação de que as rotinas diárias da vida de uma família podem tornar-se autênticas batalhas (Barkley, 2002).

Logo pela manhã ao preparar para sair, o tempo despendido e a orientação necessária tornam esta rotina desgastante para estas famílias. Desde o acordar “do contra”, até ao “perderem-se” com outras fontes de interesse e à dificuldade de organização e de gestão de tempo, vários são os fatores que contribuem para o excesso de tempo e de energia necessários para a realização desta rotina. Alguns pais para minimizarem este desgaste acabam por fazer por eles, limitando assim a autonomia dos seus filhos, o que mais tarde se vem a tornar também uma preocupação.

As refeições são outra das rotinas familiares onde estas famílias referem alterações. Os seus filhos têm dificuldade em permanecer sentados à mesa enquanto comem e em ficar sentados para além do tempo que demoram a comer, o que muitas vezes se traduz em atrito com os seus pais.

No que se refere ao dormir, as maiores dificuldades prendem-se com o facto de várias crianças terem dificuldade em dormir sozinhas ou de nunca quererem ir para a cama. Todos eles em determinada fase das suas vidas foram habituados a adormecer com a presença do pai ou da mãe, pelo que já não são capazes de adormecer de outra forma. Estes pais já tentaram várias estratégias para alterar esta rotina que têm revelado pouco sucesso.

Ao nível familiar destaca-se ainda a ida a sítios públicos com estas crianças, mais concretamente a ida ao café, restaurante ou supermercado, porque devido ao seu comportamento, muitas vezes envergonham os seus pais, fazendo com que alguns evitem estas saídas, pelo embaraço que lhes pode causar.

Uma última, mas não menos importante, rotina a referir é a realização dos trabalhos de casa que para estas famílias é consensual, tratar-se de um momento de grande tensão e conflito familiar, uma vez que o tempo e o apoio necessário para o seu desempenho são excessivos e muitas vezes, há mesmo recusa ou evitamento por parte dos filhos, em relação a esta tarefa. À semelhança do que foi dito por Barkley (2002) e Ramalho (2010), também estas famílias consideram que os seus filhos tendem a reduzir o esforço e o tempo investido nas tarefas menos estimulantes, tentando alcançar os seus objetivos com o mínimo esforço possível, daí que esta rotina seja tão problemática.

No que se refere à exigência destas crianças, quer em termos atenção e cuidados quer em relação a comportamentos de desafio, provocação, agressividade ou intromissões, os pais sentem muita pressão por parte dos seus filhos. Os resultados apontam para a necessidade acrescida de acompanhamento e orientação em todas as rotinas diárias da família e chamadas de atenção frequentes, o que acarreta para estes pais um nível de preocupação e de cuidados redobrados, para conseguirem dar resposta às necessidades dos seus filhos, tal como havia sido preconizado por Barkley (2002).

Estas contrariedades do dia-a-dia, indicam que estas famílias apresentam uma exposição permanente a micro indutores de stress, pois embora cada um destes acontecimentos, isoladamente possa ser insignificante, a sua frequência regular pode torná-los irritantes, aborrecidos e exigentes, interferindo nas interações e na comunicação da família (Serra, 2002). Além disso como já foi referido a avaliação do stress não depende apenas do acontecimento em si, mas do grau de vulnerabilidade e de autoconfiança desenvolvidas em relação a esse acontecimento. Ora se estes acontecimentos se repetem diariamente, várias vezes ao dia, a autoconfiança em relação à sua resolução será progressivamente abalada e a perceção de stress cada vez maior (Mixão, 2007; Serra, 2002; Silva et al., 2003).

No caso das mães que assumem a gestão do dia-a-dia sozinhas, pelo facto dos maridos se encontrarem ausentes por razões profissionais ou por serem famílias monoparentais, há uma sobrecarga de exigência que torna as mães ainda mais vulneráveis ao stress parental, facto para o qual Maturuka et al. (2007) chamaram a atenção.

Tal como no estudo de García-Castellar et al. (2006), além do impacto que as características associadas à PHDA têm na dinâmica familiar, também são perceptíveis repercussões negativas na escola, quer na aprendizagem quer no seu relacionamento interpessoal.

Quanto às repercussões na aprendizagem, a maioria destes pais refere que as dificuldades de atenção contribuem para algum tipo de dificuldade de aprendizagem, especialmente na língua portuguesa, disciplina de que a maioria dos filhos não gosta (4 crianças já tiveram pelo menos uma retenção, 3 transitaram para o segundo ano, mas não aprenderam a ler e 9 têm apoio na escola devido a dificuldades de aprendizagem). Todos os pais salientam ainda que os seus filhos não gostam de estudar e fazer trabalhos de casa. Estes resultados apoiam a ideia de que as dificuldades de aprendizagem surgem muitas vezes associadas à PHDA e que estas crianças como dedicam menos tempo ao estudo, apresentam um desempenho variável, com uma percentagem de reações de cerca de 30 a 50%, pelo menos num ano no seu percurso escolar (Barkley, 2002; García-Ogueta, 2001; Polanczyk et al., 2012; Ramalho, 2010).

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal, os resultados indicam que tal como verificou García-Castellar et al. (2006), estas crianças devido à sua impulsividade e pelo seu excesso de atividade entram muitas vezes em conflito com os seus pares, pelo que são frequentemente postos à parte. Estes pais relatam também que os seus filhos, pela sua falta de controlo e pela dificuldade em ignorar provocações, muitas vezes, são usados pelos colegas, que os provocam, para que eles perturbem a aula e sejam castigados.

Tal como Ramalho (2010), também estas famílias, na sua maioria, referem que estes sintomas tiveram um aparecimento muito precoce, embora se tenham tornado uma preocupação apenas quando começaram a ter reflexo ao nível da aprendizagem. No

entanto pelas suas características, desde muito cedo que os pais foram adquirindo sentimentos de frustração e impotência na gestão dos comportamentos, que se reflete nas suas práticas educativas.

Além das características da PHDA, todas as crianças destas famílias possuem também várias características positivas e socialmente aceites, nomeadamente o serem meigas, carinhosas, sensíveis, com espírito de justiça, bem-dispostas e brincalhonas, fornecendo reforço emocional aos seus pais. Porém as primeiras nem sempre são socialmente aceites e a forma como os outros veem estas crianças, ou a forma como estes pais julgam que eles as veem, traduz-se nos pais, em sentimentos de vergonha, insegurança, angústia e medo, principalmente sobre se estes comportamentos são por causa da PHDA ou se serão mesmo por falta de educação, tal como é encarado por terceiros. Importa então questionar o porquê dessas dúvidas nas famílias. Será que têm informação suficiente sobre a PHDA? Será que há abertura e disponibilidade por parte dos serviços para escutar estas famílias e esclarecer as suas dúvidas? Algumas delas agradeceram a possibilidade que lhes foi dada de falarem (no grupo de discussão focalizada) sobre estas características dos seus filhos, com alguém que os entende e que não os julga, pelo que se pode depreender que na comunidade ou nos serviços não dispõem dessa abertura.

Um outro aspeto que os pais gostaram de poder discutir com outros foi a gestão de comportamentos dos seus filhos. Estes pais tentam resolvê-los basicamente através do diálogo ou de castigos e nenhum refere usar um sistema de recompensas, vindo de encontro ao que afirmou Silva (2008) ao dizer que os pais das crianças com alterações de comportamento recorrem mais a punições. Apesar de estas formas de gestão de conflitos poderem ser eficazes, muitos deles sentem que não têm controlo sobre a situação e que não conseguem resolver os problemas, no entanto não procuram outras formas ou estratégias para gerir os comportamentos. Mais uma vez se questiona a resposta dos serviços, na discussão e na ajuda à procura de estratégias mais eficazes para lidar com as alterações de comportamentos destas crianças.

Nesta investigação foram encontrados pais de crianças que pela sua extrema teimosia, não cedem com nenhuma estratégia e que os deixam muito angustiados com a falta de controlo e sem energia e motivação para continuar a travar as batalhas

com eles. No entanto, apesar das falhas reconhecidas ao nível das estratégias adotadas (punições), estes pais persistem na sua utilização, o que talvez se possa justificar pelo stress intenso vivenciado que, como refere Serra (2002) tem influência ao nível cognitivo, levando a alterações na percepção das situações, dificuldades na tomada de decisões e resolução de problemas, deixando os pais com pouca criatividade e flexibilidade e sem motivação para encontrar alternativas.

Obviamente que os pais participantes neste estudo que conseguem gerir os conflitos, têm uma melhor percepção da competência parental, do que aqueles cujo desgaste se traduz em sentimentos de impotência e frustração, por não serem capazes de fazer melhor, tal como afirma Silva (2008). Sabendo que a percepção de competência parental e o bem-estar dos pais tem impacto, não só nas interações pais-filhos, mas também no desenvolvimento e comportamento da criança, estas famílias cuja percepção da competência parental está alterada podem estar a comprometer o desenvolvimento dos seus filhos (Trivette et al., 2010). Também em relação à gestão de comportamentos, os pais consideraram importante a partilha de informação e estratégias para lidar com os comportamentos dos seus filhos, o que mais uma vez traduz uma lacuna no apoio prestado a estas famílias.

Os resultados encontrados remetem claramente para o facto de algumas destas famílias poderem apresentar um considerável risco de maus tratos, uma vez que por vezes, o cansaço e o desgaste são tão grandes, que os pais sentem que estão no limite de perder a cabeça e fazer alguma coisa que possa magoar os seus filhos. O seu medo de ultrapassar o limite, não é de todo infundado, dado que o desempenho da parentalidade com uma criança com PHDA, acresce o nível de exigência e aumenta os níveis de stress familiar e como tal pode tornar-se efetivamente num dos fatores de risco de maus tratos no que diz respeito à família (Alves, 2007 cit in Dias, 2010; DGS, 2011).

Serrano (2007) refere que independentemente da quantidade e intensidade do apoio, as famílias de crianças com NE sentem necessidade de recorrer ao apoio formal ou informal, para o desempenho do seu papel parental. Os resultados do presente estudo vão nesse sentido, uma vez que todas as famílias consideram o apoio muito importante para o exercício da sua parentalidade.

Relativamente ao apoio social formal prestado aos pais e às crianças, pelos serviços e pessoal dos serviços, os pais consideram que corresponde às suas necessidades, exceto em relação ao apoio psicológico, em relação ao qual pensam que mais algumas crianças deveriam beneficiar, devido à sua baixa autoestima, decorrente do confronto com as dificuldades académicas.

Em relação a si próprios, embora não tenham referido necessidade de nenhum apoio formal específico, ao longo da discussão vários foram os que referiram a necessidade de ter momentos como aquele, onde fosse possível discutir abertamente e sem preconceitos, as suas dificuldades, as formas de lidar com os problemas, com pessoas que, tal como eles, sentem as mesmas dificuldades diariamente.

Consideram também que a escola deveria dar mais apoio a estas crianças, uma vez que pelas suas características, surgem muitas vezes associados problemas ao nível académico. Mesmo que não lhes fosse prestado apoio direto, deveriam ter sempre em conta as especificidades destas crianças, para que pudessem adotar estratégias adequadas em relação à forma de lidar com elas, não só ao nível do ensino, mas também ao nível da interação social. Esta necessidade sentida pelos pais vem reforçar a relação que já havia sido descrita por Barley (2002) ao afirmar que quanto maior é o conhecimento dos professores sobre a PHDA, melhor será a sua abordagem pedagógica e a sua atitude perante as crianças com PHDA.

O apoio informal dá suporte emocional às famílias e é prestado por pessoas que fazem parte das suas vidas e que lhes transmitem a sensação de que têm disponibilidade e interesse por elas (Martins, 2005; Matos & Ferreira, 2000; Serrano, 2007). Dos pais que participaram nesta investigação cerca de metade revela satisfação com o seu apoio social informal, prestado maioritariamente por familiares e amigos, no entanto, a outra metade, apresenta a perceção de que não tem qualquer suporte, sente-se sozinho e desamparado, reconhecendo, no entanto, que o apoio social seria fundamental nas suas vidas.

Os resultados apontam ainda para a existência de famílias que vivem em condições de extremo isolamento, em situação de rutura com a família alargada. As razões apontadas para o afastamento e a recusa dos familiares em ficar com os seus filhos prendem-se com as suas alterações de comportamento. Este afastamento, além de

diminuir o apoio social ou a percepção que os pais têm dele, tal como já foi descrito anteriormente tem a capacidade de potenciar os fatores de stress parental (Barkley, 2002; Martins, 2005; Mixão et al., 2010).

Tal como nos diz Johnston e Mash (2001), muitas vezes, nas famílias de crianças com PHDA, surgem alterações na relação conjugal, sendo relatado pelos pais participantes que as exigências da criança interferem na relação, pela disparidade de perspetivas em relação à gestão dos conflitos com a criança ou pelo dispêndio de energia necessário para o exercício da parentalidade, que retira disponibilidade para o casal. Os resultados obtidos demonstram que existe sempre interferência na relação do casal, que varia desde a maior interajuda para minimizar as dificuldades até à separação por não saberem lidar com elas.

Barkley (2002) refere que a sensação de impotência no controlo do comportamento dos filhos descrita anteriormente pode traduzir-se nos pais, em depressão e baixa autoestima em relação à percepção das suas competências parentais. Encontramos aqui vários pais que revelam sinais claros de desgaste, cansaço, culpa e medo, que certamente estão a interferir com a disponibilidade de energia para o exercício do papel parental e na resposta às necessidades dos seus filhos. Além disso devido ao nível de exigência e à pouca autonomia dos seus filhos, estes pais sentem ainda que têm que abdicar de outros papéis, nomeadamente ao nível profissional, pessoal, social e do casal.

Associados aos sentimentos de impotência e frustração, as famílias de crianças com PHDA carregam ainda níveis de preocupação significativos, que por sentirem que não dispõem de meios para resolver os problemas, desencadeiam stress parental (Barbero et al., 2004, Mixão et al., 2010). As preocupações parentais das famílias participantes são variadas, no entanto para a maioria, a grande preocupação é a aprendizagem, o que facilmente se compreende tendo em conta a sua relação com a PHDA.

Detetam-se ainda preocupações com os problemas imediatos, tais como perda de apetite ou dificuldade em dormir, efeitos secundários do tratamento farmacológico, ainda não minimizados, devido ao pouco tempo decorrido desde a introdução da medicação. Existem ainda famílias cujas preocupações se prendem com o futuro,

mais concretamente com a forma como eles vão crescer, o que vão interiorizar dos valores que a família lhes transmite ou o medo da influência do grupo. Esta última exacerbada comparativamente aos pais de crianças sem PHDA, devido às suas características de impulsividade que lhes dificultam a reflexão e os levam a agir por impulso.

Quando os pais são questionados sobre a sua perceção das mudanças ocorridas na criança e na família após a medicação, referem que existe um impacto positivo nos filhos, que se mostram mais calmos, mais atentos, ouvem e obedecem-lhes e estão mais autónomos e responsáveis. Estes resultados vão de encontro aos vários estudos que consideram que 75% das crianças beneficia de efeitos positivos com a medicação (Barkley, 2002; Idiazábal-Alecha et al., 2005; Krull, 2012d, 2012e; Mardomingo-Sanz, 2012; Rohde & Halpern, 2004; Sánchez-Pérez et al., 2012).

Em relação às alterações que estas mudanças provocam no seio familiar e no desempenho das suas rotinas diárias, os pais acrescentam ainda que já não sentem necessidade de repreender e chamar à atenção com tanta frequência, nem de exercer tanto controlo parental, o que aponta claramente para uma alteração positiva nas interações pais-filhos, mudança já anteriormente prevista por Barkley (2002).

Em relação às mudanças ocorridas na escola após a medicação, os resultados encontrados estão totalmente de acordo com o que está descrito na literatura uma vez que os pais consideram que a medicação ajuda os filhos a estarem mais atentos na sala de aula e mais predispostos para aprender. Paralelamente pensam que a redução da sua impulsividade lhes permite pensar antes de responder, não reagir do mesmo modo às provocações dos pares, reduzindo os conflitos com os colegas, melhorando a sua interação com professores e pares, assim como a sua aceitação (Barkley, 2002; Lopes, 2004).

Por todos os fatores de stress apresentados, pela sua intensidade e frequência, de um modo geral todas as famílias apresentavam uma perceção de stress muito elevada, com valores superiores a 7, numa escala de 1 a 10 e com metade dos pais a considerarem o seu stress superior a 10. Após a introdução de terapêutica farmacológica, na maioria dos casos o seu stress desce para os níveis 4 ou 5. Esta alteração apenas não se faz sentir nos casos em que existem efeitos secundários da

medicação, nomeadamente alterações de sono e de apetite e ainda assim, importa referir que estas crianças foram medicadas em média, há cerca de 6 meses e que em alguns casos a medicação ainda não sofreu os ajustes necessários e os efeitos secundários, ainda não foram controlados. O tipo de medicação prescrito pode também interferir na perceção de stress parental, uma vez que as crianças que estão mediadas com MTF de ação curta e que só tomam durante o horário escolar, não apresentam efeitos que se reflitam, a curto prazo, na dinâmica familiar.

Conclusões

As crianças com PHDA, tal como todas as outras, são crianças meigas, carinhosas, sensíveis, com espírito de justiça, bem-dispostas e brincalhonas, cuja interação com os seus pais resulta num reforço positivo. Porém apresentam várias outras características, não tão desejáveis socialmente, que fazem parte dos critérios de diagnóstico da PHDA, nomeadamente a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade. Além destas características, as famílias participantes neste estudo descrevem ainda os seus filhos como teimosos, desobedientes e com baixa tolerância à frustração.

Por todas estas características de comportamento e temperamento, pela sua pouca autonomia, o grau de exigência de atenção e cuidados pedido a estes pais é muito elevado e a sua interferência nas rotinas da família é muito significativa, verificando-se uma necessidade acrescida de acompanhamento e orientação em todas as suas rotinas e chamadas de atenção frequentes.

Os resultados obtidos ao nível da gestão de comportamentos indicam que estas famílias também apresentam dificuldades na utilização de estratégias adequadas para a resolução de comportamentos, o que se traduz em sentimentos de impotência e falta de controlo perante as dificuldades, fraca perceção de competência parental e aumento do stress parental. Por outro lado verificou-se que a perceção da competência parental está diretamente relacionada com a sua capacidade de resolução dos conflitos.

O carácter crónico da perturbação, os inúmeros fatores de stress apresentados, assim como a exposição frequente e prolongada às contrariedades diárias nas rotinas destas famílias, corresponde a elevados níveis de stress parental percecionado e interfere claramente com a interação pais-filhos, com o funcionamento familiar e com a perceção de competência parental. Os resultados obtidos apontam para a existência de interferência na relação do casal, embora num *continuum* possa variar desde a interajuda até à separação.

Foi possível também compreender como o apoio social é importante para estas famílias, quer para as que o têm e com o qual se sentem satisfeitas quer para as que se sentem desamparadas, precisamente por sentirem que não têm uma rede de apoio que as ajude a exercer as suas responsabilidades parentais. Os comportamentos das crianças são apontados pelas famílias que não têm apoio como uma das razões que leva ao afastamento e à recusa de apoio por parte de familiares e amigos. Estas famílias consideram ainda que a escola deveria interessar-se mais por estas crianças, no sentido de conhecer a problemática e assim, poder adotar as melhores estratégias quer pedagógicas quer na sua interação com elas.

Ficou também claro que estas famílias apresentam risco de maus tratos, uma vez que o desempenho da sua parentalidade, comporta diversos fatores de risco, nomeadamente as características de comportamento e temperamento das crianças, o stress parental, a fraca perceção de competência e de apoio social. Os seus fatores protetores são muito reduzidos e algumas famílias ainda possuem fatores agravantes do risco. Este facto alerta para a necessidade de intervenção com estas famílias no sentido de uma redução destes fatores de risco.

Os resultados relativamente à escola revelam que a maioria destas crianças apresentam algum tipo de dificuldade de aprendizagem, a maioria não gosta de estudar nem de fazer os trabalhos de casa e que pelas suas dificuldades de atenção e pelo seu pouco empenho no estudo, o seu desempenho é irregular, quer ao longo do ano letivo quer ao longo do dia, dependendo do grau de interesse da matéria, das estratégias utilizadas pelos professores, etc.

Relativamente ao comportamento os pais consideram que este interfere nas relações com os pares que os evitam, põem de parte ou os transformam mesmo em vítimas de *bullying*, quando percebem a sua falta de controlo, provocando-os para que reajam impulsivamente e sejam castigados.

Após a introdução de terapêutica farmacológica os pais consideram ter havido um impacto positivo no comportamento e no temperamento dos seus filhos, considerando que se mostram mais calmos, mais atentos, mais autónomos e responsáveis e ouvem e obedecem-lhes melhor. Estas mudanças trouxeram para o seio da família uma mudança muito positiva na gestão das rotinas e nas interações com os seus filhos,

reduzindo a necessidade de repreensões e chamadas de atenção, assim como de controlo parental. Na escola melhorou a atenção na sala de aula e tornou-os mais predispostos para a aprendizagem e ao reduzir os sintomas da PHDA, melhorou a sua interação com professores e pares.

Pelo que tem sido descrito verifica-se que todas famílias que fazem parte desta investigação apresentam inúmeros fatores de stress e que antes da medicação, revelavam níveis elevados de stress percecionado. Em contrapartida, com o tratamento farmacológico ficou também claro que houve uma redução significativa nos níveis de stress percecionado pelos pais.

No entanto apesar dos efeitos visíveis da medicação nos comportamentos da criança, que por sua vez se refletem no dia-a-dia da família e na escola, os efeitos da medicação não permanecem durante 24 horas, pelo que o confronto com alguns fatores de stress e algum nível de stress parental são inevitáveis. Porém se as famílias estiverem menos stressadas conseguirão gerir melhor estes momentos de maior stress.

Além disso, estas famílias referem que os seus filhos já apresentavam sintomas desde muito pequenos, em idades em que o tratamento farmacológico nem sequer era possível, embora só tenham procurado ajuda quando começou a refletir-se no seu desempenho académico. Este aspeto é lamentável porque se os sintomas fossem valorizados mais precocemente os pais poderiam receber mais apoio e mais orientações em relação à problemática dos filhos e minimizar alguns fatores de stress, aos quais estiveram expostos de forma frequente e prolongada.

Importa portanto, além de tratar a criança, e tal como preconiza a IP, dar especial atenção à família e às suas necessidades e preocupações de modo a que a intervenção possa ser eficaz. Em primeiro lugar e porque foi uma das necessidades destas famílias a IP deverá identificar, com as famílias, as suas redes de apoio social disponíveis e mobilizar os recursos para que elas funcionem sempre que a família por sua iniciativa lhes recorra. Se a IP contribuir para que as famílias se sintam parte de uma rede social de apoio, à qual podem recorrer sempre que necessitarem, estará a contribuir para melhorar a sua perceção de competência parental e o seu bem-estar e

consequentemente as interações com os seus filhos, assim como o comportamento e desenvolvimento das crianças.

Outra necessidade identificada por estas famílias foi o apoio, quer informativo quer emocional, que lhes permitisse esclarecer as suas dúvidas em relação à PHDA, aos comportamentos esperados e às estratégias mais eficazes para lidar com eles. Grupos de discussão que lhes proporcionassem momentos de partilha de angústias e preocupações, onde pudessem sentir que não estão sozinhos, que são ouvidos e compreendidos, foram uma forma apontada pelas famílias para encontrar apoio no desempenho da sua parentalidade com os seus filhos com PHDA.

Ouvir as famílias, ajudá-las a estabelecer redes fortes de apoio social, fornecer-lhes o apoio emocional e a informação necessária para o desempenho do seu papel parental, irá contribuir para a redução do stress parental percebido e para uma mudança ao nível da interação e práticas educativas, com repercussões no desenvolvimento e comportamento dos seus filhos.

Além dos fatores de stress já referidos, as famílias de crianças com PHDA veem-se ainda confrontadas com o preconceito e com os mitos da comunidade em relação à PHDA, levando-os a questionarem-se sobre as suas capacidades enquanto pais e enquanto educadores. Torná-los pais informados, com base na investigação mundial, é fundamental para que se sintam capazes de responder eficazmente às provocações que abalam a sua confiança e a sua perceção de competência parental.

Com este trabalho pretendeu-se ouvir as famílias na primeira pessoa de modo a que se pudessem identificar as suas necessidades, preocupações e prioridades, os fatores de stress inerentes à parentalidade em relação a uma criança com PHDA e a perceção de recursos e de apoios disponíveis na comunidade.

Uma das fragilidades deste trabalho relativamente à perceção de stress parental antes e após a medicação, prende-se com o facto de todas as crianças terem sido medicadas há pouco tempo. Apesar de ser possível identificar mudanças desde o primeiro dia em relação aos comportamentos da criança com PHDA, o pouco tempo decorrido após a medicação não permitiu ainda fazer os ajustes necessários, quer em relação à dose quer em relação ao medicamento escolhido, de modo a minimizar ou eliminar os efeitos secundários referidos em alguns casos. Esse limite temporal

também não permitiu às famílias verificarem os seus efeitos a longo prazo ao nível da aprendizagem, o que certamente se iria traduzir num impacto muito significativo na perceção de stress, uma vez que a aprendizagem é uma preocupação transversal a todas estas famílias.

Outro aspeto a ter em conta é o tipo de medicação utilizado, uma vez que a perceção de stress parental será diferente caso a criança esteja ou não sob o efeito da medicação, ao fim do dia, quando está em casa com a família. Nos casos em que isso não acontece a família não irá conseguir verificar as diferenças de comportamento e de atenção quando está com a criança, pelo que o seu impacto no stress parental só se fará sentir quando os seus efeitos começarem refletir-se no desempenho escolar dos filhos.

Deste modo, assim como é uma fragilidade passa ser uma recomendação, para que no futuro, ao realizar investigações que pretendam conhecer as perceções do stress parental, ou outras mudanças ocorridas após a introdução de terapêutica farmacológica, estas variáveis sejam controladas para que não interfiram com o que se pretende avaliar.

Independentemente do tipo de PHDA e das características que lhe são inerentes, cada criança é um ser único, que vive envolto num conjunto de sistemas que se influenciam entre si e que têm a capacidade de potenciar positiva ou negativamente as suas características individuais. Existe, portanto, um conjunto alargado de fatores e de variáveis, tais como a família, a escola e o apoio social, onde importa interferir para que o seu impacto na criança seja tão positivo, quanto o desejável.

Sabendo que os primeiros anos são uma janela de oportunidade para o desenvolvimento da criança, dada a maleabilidade cerebral que os caracteriza, a IP tem aqui um papel fundamental na procura dessas mudanças, de forma a capacitar as famílias e os adultos que com ela interagem (escola, ATL...) e assim promover o desenvolvimento saudável destas famílias.

Espera-se que este estudo contribua para chamar a atenção para as necessidades específicas destas famílias e para a minimização do preconceito com que se confrontam diariamente. Que se deixe de olhar para a PHDA apenas como um

problema da criança que necessita de intervenção farmacológica, pedagógica, psicológica ou outra, mas que se compreenda que não existem crianças com PHDA, mas sim famílias com PHDA, que precisam de apoio no seu todo, tendo os pais que ser alvo de intervenção direta tanto ou mais do que os seus filhos.

Referências Bibliográficas

Abidin, R. R. & Santos, S. V. (2003). *PSI – Índice de Stress Parental- Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda..

Algarvio, S., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de Preocupações Parentais. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e Parentalidade*. Porto: LivPsic.

Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1, 65-72.

Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.

APA (2002). *DSM IV – TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª ed*. Lisboa: Climepsi Editores.

Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Neurología*, 38 (Supl 1), S117-S123.

Bailey, D., McWilliam, R., Darkes, L., Hebbeler, K., Simeonsson, R., Spiker, D. & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64 (3), 313-328.

Baptista, M. G. F. (2010). *Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: estudo exploratório das Percepções dos Professores sobre o Impacto de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Barbero, P., Téllez de Meneses-Lorenzo, M. & González, F. (2004). Formas clínicas inhabituales de presentación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 38 (Supl 1), S88-S90.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade (TDAH). Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Bellé, A. H., Andreazza, A. C., Ruschel, J. & Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 317-325.

Betancourt-Jiménez, Y. M., Jiménez-León, J. C. & Jiménez-Betancourt, C. S. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del sueño. *Neurología*, 42 (Supl 2), S37-S51.

Boavida, J. (2006). Hiperactividade ou “má educação”? *Saúde Infantil*, 28 (2): 3-5.

Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S. & Borges, L. (1998). A criança hiperactiva. *Saúde Infantil*, 20 (3), 21-30.

Boavida, J., Espe-Sherwindt & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child Care Health and Development*, 26 (5), 343-354.

Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Campos, L., Goldberg, T., Capellini, S. & Padula, N. (2007). Caracterização do desempenho de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em provas operatórias: estudos de casos. *Revista de Psicopedagogia*, 24 (75), 218-228.

Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J. & Obiols-Llandrich, J. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Neurología*, 42 (Supl 2), S127-S134.

Capdevilla-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Ramírez-Mallafre, A., López-Rosendo, M., Real, J. & Obiols-Llandrich, J. E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de deficit atencional/hiperactividad: existen diferencias entre los subtipos?. *Neurología*, 40 (Supl 1), S17-S23.

Capilla-González, A., Fernández-González, S., Campo, P., Maestú, F., Fernández-Lucas, A., Mulas, F. & Ortiz, T. (2004). La magnetoencefalografía en los trastornos cognitivos del lóbulo frontal. *Neurología*, 39 (2), 183-188.

Capilla-González, A., Pazo, P., Campo, P., Maestú, F., Fernández, A., Fernández-González, S. & Ortiz, T. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del trastorno por deficit de atención con hiperactividade desde la magnetoencefalografía. *Neurología*, 40 (Supl 1), S43-S47.

Cardo, E. & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl. 1), S11-S15.

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, L. (2002, Janeiro-Abril). Envolvimento Parental na Avaliação da Criança em Intervenção Precoce. *SONHAR*, VIII (3), 265-278.

Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por deficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 38 (Supl 1), S131-S136.

Cordinhã, A. C. & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589.

Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), 5-15.

Coutinho, G., Mattos, P. & Malloy-Diniz, L. (2009). Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 141-144.

Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C. & Duchesne, M. (2007). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 215-222.

Creswell, J. W. (2002). *Educational research: Planing, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

Crnic, K. A. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2ª ed., vol. 5, 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and practice*, 5, 314-332.

Dias, I. (2010). Fatores de Risco de abuso. In T. Magalhães (coord.). *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico* (31-36). Porto: Lidel.

Díaz-Heijtz, R., Mulas, F. & Forssberg, H. (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 42 (Supl 2), S19-S23.

Direção Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Durá-Travé, T., Yoldi-Petri, M. E. & Zardoya-Santos, P. (2011). Nutrición y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: seguimiento evolutivo de las variables antropométricas de un grupo de pacientes en tratamiento con metilfenidato de liberación osmótica. *Neurología*, 53 (5), 257-264.

Ferrando-Lucas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: factores etiológicos y endofenotipos. *Neurología*, 42 (Supl 2), S9-S11.

Fonseca, A. (1998). Problemas de Atenção e Hiperatividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 7-11.

Fortin, M-F. (2000). *O processo de investigação, da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

García-Castellar, R., Presentación-Herrero, M., Siegenthaler-Hierro, R. & Miranda-Casas, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Neurología*, 42 (Supl 2), S13-S18.

García-Ogueta, M. (2001). Mecanismos atencionales y síndromes neuropsicológicos. *Neurología*, 32 (5), 463-467.

Gustafsson, P., Thernlund, G., Ryding, E., Rose'n, I. & Cederblad, M. (2000). Associations between cerebral blood-flow measured by single photon emission computed tomography (SPECT), electro-encephalogram (EEG), behaviour symptoms, cognition and neurological soft signs in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Acta Paediatrica*, 89, 830-835.

Harper, C. & Ellertson, C. (1995). Knowledge and Perceptions of Emergency Contraceptive Pills Among a College-Age Population: A Qualitative Approach. *Family Planning Perspectives*, 27 (4), 149-154.

Hendren, R. L., De Backer, I. & Pandina, G. J. (2000). Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 815-828.

Idiazábal, M. A., Palencia-Taboada, A. B., Sangorrín, J. & Espadaler-Gamissans, J. M. (2002). Potenciales evocados cognitivos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 34 (4), 301-305.

Idiazábal-Alecha, M., Guerrero-Gallo, D. & Sánchez-Bisbal, M. (2006). Procesamiento del lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 42 (Supl 2), S29-S36.

Idiazábal-Alecha, M., Rodríguez-Vázquez, S., Guerrero-Gallo, D. & Vicent-Sardinero, X. (2005). Utilidad de los potenciales evocados cognitivos en la valoración de la efectividad del tratamiento con metilfenidato en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl 1), S37-S42.

Johnston, C. & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.

Jorge, M. S. S. (2007). *A Organização Narrativa em Crianças com DHDA: Estudo Exploratório sobre o Impacto da Medicação Psico-Estimulante na Matriz Narrativa*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.

Jung, L. A. (2010). Identifying Families' Supports and Other Resources. In K. Haris; S. Graham & R. A. McWilliam (Eds). *Working with families of young children with special needs* (9-26). New York: The Guildford Press.

Kaminester, D. D. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Methylphenidate: When Society Misunderstands Medicine. *McGill Journal of Medicine*, 3 (2), 105-114.

Krull, K. R. (2012a). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and evaluation*. Disponível em www.uptodate.com.

Krull, K. R. (2012b). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and Pathogenesis*. Disponível em www.uptodate.com.

Krull, K. R. (2012c). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis*. Disponível em www.uptodate.com.

Krull, K. R. (2012d). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Treatment with medications*. Disponível em www.uptodate.com.

Krull, K. R. (2012e). *Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. Disponível em www.uptodate.com.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA: Sage.

Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.

Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On Reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-27.

Mardomingo-Sanz, M. J. (2012). Uso clínico de metilfenidato 30:70 de liberación modificada en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Neurología*, 55 (6), 359-369.

Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 31, 128-134.

Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253.

Matsuruka, T. S., Marturano, E. M., Oishi, J. & Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13 (3), 415-428.

McWilliam, P. J. (2003a). Entender as preocupações, prioridades e recursos da família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais. *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família* (39-64). Porto: Porto Editora.

McWilliam, P. J. (2003b). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais. *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família* (9-22). Porto: Porto Editora.

Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Miranda-Casas, A., García-Castellar, R., Melià-de Alba, A. & Marco-Taverner, R. (2004). Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Neurología*, 38 (Supl 1), S156-S163.

Mixão, M. L. (2007). *Comportamentos Parentais e Recurso às Urgências Pediátricas: Estudo do Stresse Parental, Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Esforço Económico Familiar*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de Stress Parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e Parentalidade*. Porto: LivPsic.

Molinero, L., Villalobos, J., Redondo, M., Martín, A., Rivera, M. & Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalência y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (42), 251-270.

Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P. M., Herreros-Rodríguez, O. et al., Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH). (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Neurología*, 51, 633-637.

Moreira, M. S. (2010). *Stress e suporte social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com défice de atenção*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Moreira, P., Gonçalves, O. & Butler, L. E. (2005). *Métodos de seleção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.

Morgan, D. (1997). *Focus Group as Qualitative Research*. Londres: Sage Publications.

Narbona, J. & Crespo-Eguílaz, N. (2005). Trastornos de memoria y de atención en disfunciones cerebrales del niño. *Neurología*, 40 (Supl 1), S33-S36.

Organização Mundial de Saúde. (1978). *CIE-9: International classification of diseases* (9nd ed.). Genebra, Schweiz: Author.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Transtornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas e pautas para diagnostico*. Madrid: Meditor.

Ortiz-Luna, J.A. & Acle-Tomasini, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Neurología*, 42 (1), 17-21.

Paasche, C. L., Gorrill, L. & Strom, B. (2010). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais em contextos de Educação de Infância*. Porto: Porto Editora.

Pais-Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: A propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 237-248.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2^a ed). Newbury Park: Sage Publications.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). London: Sage.

Pereira, A. P. S. & Serrano, A. M. (2010a). Abordagem centrada na família em Intervenção Precoce: Perspectivas histórica, conceptual e empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4-11.

Pereira, A. P. S. & Serrano, A. M. (2010b). Intervenção Precoce em Portugal: evidências e consequências. *Inclusão*, 10, 101-119.

Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Young Children*, 12 (3), 32-45.

Polanczyk, G., Denardin, D., Laufer, T., Pianca, T. & Rohde, A. (2002). O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na adolescência. *Adolescencia Latinoamericana*, 3 (2), 0-0. ISSN 1414-7130.

Polanczyk, G., Casella, E., Miguel, E. & Reed, U. (2012). Attention deficit disorder/hyperactivity: a scientific overview. *Clinics*, 67(10), 1125-1126.

Pontes, Â. F. (2010). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso?* Dissertação de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Quittner, A. L., Barker, D. H., Cruz, I., Snell, C., Grimley, M. E., Botteri, M. & CDaCI Investigative Team (2010). Parenting Stress Among Parents of Deaf and Hearing Children: Associations with Language Delays and Behavior Problems. *Parenting*, 10 (2), 136-155.

Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com défice de atenção. *Revista Brasileira de Educação Especial, Marília*, 16 (2), 313-322.

Ramalho, J. M. F., García-Señorán, M. M. & González, S. G. (2009). Mecanismos de Atenção Selectiva na Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 370-376.

Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L. & Casas, M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por deficit de atención/hiperactividad en adultos. *Neurología*, 54 (Supl.1), S105-S115.

Rebollo, M. & Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Neurología*, 42 (Supl 2), S3-S7.

Rita, J., Patrão, I. & Sampaio, D. (2010). Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

Rohde, L. & Halpern, R. (2004) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl 2), S61-S70.

Rohde, L., Miguel Filho, E., Benetti, L., Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 124-131.

Roman, T., Rohde, L. & Hutz, M. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 196-201.

Ruiz-García, M., Gutiérrez-Moctezuma, J., Garza-Morales, S. & de la Peña-Olvera, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapêuticas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62, 145-152.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Intervention* (135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Sánchez, C. R., Ramos, C. & Simón, M. (2012). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: validación de la escala EDAH en población canaria de educación primaria. *Neurología*, 54 (1), 10-16.

Sánchez-Mora, C., Ribasés, M., Mulas, F., Soutullo, C., Sans, A., Pàmias, M., Casas, M. & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Bases genéticas del trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Neurología*, 55 (10), 609-618.

Sánchez-Pérez, A. M., García-Avilés, A., Gascó, H. A., Sanjuán, J. & Olucha-Bordonau, F. E. (2012). Efectos del metilfenidato sobre la ansiedad. *Neurología*, 55 (8), 499-506.

Sandall, S. R., Smith, B. J., Mclean, M. E. & Ramsey, A. B. (2002). Qualitative research in Early Intervention/Early Childhood Special Education. *Journal of Early Intervention*, 25 (2), 129-136.

Santos, R. (2009). *Qualidade de vida das famílias: contributos dos serviços de apoio social na intervenção precoce*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Santos, S. V. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com síndrome nefrótico. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 233-241.

Santos, V. A. B. (2008). *Stress Parental e Práticas Parentais em mães de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Schmitz, M., Polanczyk, G. & Rohde, L. (2007). TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56 (Supl 1), 25-29.

Seidman, I. (1998). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.

Sell-Salazar, F. (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Neurología*, 37 (4), 353-358.

Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Serrano, A. M. & Correia, L. M. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce, Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Serrano, A. M. & Pereira, A. P. (2011). Parâmetros recomendados para a qualidade da avaliação em intervenção precoce. *Revista Educação Especial*, 24 (40), 163-180.

Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da lifeexperiences survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 49-60.

Silva, S. (2008). *Papel Parental em Perturbações do comportamento Infantil*. Monografia de licenciatura. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Stake, R. E. (2009). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stuss, D. (1992). Biological and Psychological Development of executive Functions. *Brain and cognition*, 20, 8-23.

Swanson, J. M. (2003). Role of Executive Function in ADHD. *Journal Clin. Psychiatry*, 64 (Supl 14), 35-39.

Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M. & Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Neurología*, 34, 673-685.

Trivette, C. M., Dunst, C. J. & Hamby, D. W. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent–Child Interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30 (1), 3-19.

Trujillo-Orrego, N. (2010). El N200: una señal electrofisiológica asociada con el control inhibitorio como candidato a endofenotipo del trastorno por déficit de atención/hiperactividad familiar. *Neurología*, 53 (1), 35-43.

Trujillo-Orrego, N., Pineda, D. A. & Uribe, L. H. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por deficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Neurología*, 54 (5), 289-302.

Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Neurología*, 40 (Supl 1), S25-S32.

Vaquerizo-Madrid, J., Macías-Pingarrón, A. & Márquez-Armenteros, A. M. (2004). Habilidades gráficas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neurología*, 38 (Supl 1), S91-S96.

World Health Organization [WHO] (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. WHO: Geneva.